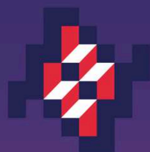
Diagnóstico de salud sexual y reproductiva en trabajadores(as) agrícolas migrantes en fincas de la región fronteriza del Soconusco



René Leyva Flores
Frida Quintino Pérez
EDITORES


Instituto Nacional
de Salud Pública







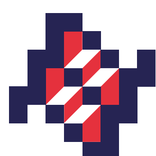
Diagnóstico de salud sexual y reproductiva en trabajadores(as) agrícolas migrantes en fincas de la región fronteriza del Soconusco



Editores
René Leyva Flores y Frida Quintino Pérez

Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Noviembre, 2011



Instituto Nacional
de Salud Pública





Diagnóstico de salud sexual y reproductiva en trabajadores(as) agrícolas migrantes en fincas de la región fronteriza del Soconusco

Primera edición, 2011

Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-018-9

Hecho en México
Made in Mexico

Coordinación editorial
Víctor Becerril Montekio

Este libro presenta los principales resultados del proyecto
Promoción de los derechos de los jóvenes y las mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva

Investigadores principales
René Leyva
Frida Quintino
Mónica Cerón

Equipo UNFPA México
Diego Palacios
Alfonso Sandoval
Javier Domínguez
Marcela González

Colaboradores de la Jurisdicción Sanitaria VII
Andrés Espinoza
Salvador Aceves
Nelly Gómez
Catalina Mateos

Representantes del sector productivo del café
Adolfo Gramlich
Ricardo Trampe
René Cancino
Marcos Lukas

Co-investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública
César Infante
Mónica Sánchez
Evaristo García
Elvia Guzmán
Paola Alcalá
Francisco Chong
Edith González
René Santos
Mario Madrid

AGRADECIMIENTOS

A los trabajadores/as agrícolas y sus familiares, por su confianza y disponibilidad para brindar la información requerida y participar en las diferentes actividades que permitieron lograr los objetivos de este proyecto.

A la Unión de Productores de Café Tacaná, de Agroindustrias Unidas de México S. A. y de Grupo Luttman, particularmente a Adolfo Gramlich, Ricardo Trampe, René Cancino y Marcos Lukas; así como al personal médico y administrativo de las fincas donde se llevó a cabo la presente investigación, por su valiosa colaboración y apoyo para la implementación del proyecto.

A los médicos, enfermeras y otros profesionales de la Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, por su interés en abrir las puertas de los servicios de salud a los grupos vulnerables, especialmente a los migrantes. Un agradecimiento especial al Jefe Jurisdiccional el Dr. Andrés Espinoza, así como al Dr. Salvador Aceves y la Mtra. Nelly Gómez, coordinadores del Programa de Enseñanza y del Programa de VIH/SIDA/ITS, respectivamente; por facilitar el desarrollo de una estrategia institucional para la promoción de la salud sexual y reproductiva en el grupo de trabajadores agrícolas migrantes (TAM).

Al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), por su generoso apoyo técnico y financiero para la implementación del proyecto en la frontera sur de México, en un marco de colaboración regional sobre migración y salud.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

El proyecto "Promoción de la salud sexual y reproductiva, incluida la prevención del VIH/SIDA y la violencia de género en poblaciones migrantes" forma parte de una estrategia regional sobre migración y salud desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El propósito es fortalecer las alianzas locales e inter-fronterizas para la promoción de los derechos humanos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de mujeres y jóvenes migrantes. Estos procesos incluyen la implementación de estrategias que contribuyan a mejorar los sistemas de información sobre estos sectores de la población, así como a facilitar su acceso a servicios de prevención y atención integral de las diversas necesidades vinculadas con la salud sexual y reproductiva (SSR).

Mujeres trabajando en el cafetal, Finca Génova



El objetivo general del proyecto implementado en la frontera México-Guatemala, es contribuir a la reducción de la vulnerabilidad social y de salud que enfrentan las poblaciones móviles y migrantes, a través del diseño, implementación y evaluación de un modelo operativo focalizado en la promoción de DSR, la prevención y atención integral del VIH/SIDA/ITS, la violencia basada en género, anticoncepción, embarazo y otras necesidades relacionadas con la SSR.

Desde el año 2009, el Proyecto buscó fortalecer las acciones de cooperación técnica a nivel local, así como ampliar la funcionalidad de la Red Local para la promoción de la SSR en el grupo de trabajadores y trabajadoras agrícolas migrantes (TAM). Dada la importancia estratégica que tiene el sector productivo del café en el Soconusco, en 2010, el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) a través de la Jurisdicción Sanitaria VII-Tapachula, promovió el acercamiento con representantes de las organizaciones productivas con mayor relevancia en la región. De esta manera, se impulsó un mecanismo de cooperación orientado a facilitar el acceso de esta población migrante a servicios integrales de salud (incluida la SSR), durante su estancia en las fincas cafetaleras de la región. Como punto de partida, se propuso realizar un diagnóstico de necesidades de SSR en el grupo de los TAM que confluyen en las fincas cafetaleras de la región.

En este documento se presentan los principales hallazgos del diagnóstico de SSR realizado en 2010, en las fincas Génova y Guadalupe Zajú. El estudio permitió documentar el perfil socio-demográfico y las principales necesidades de SSR de mujeres y varones dedicados al trabajo agrícola del

café. Asimismo, se caracterizó la respuesta social en salud que se ha implementado tanto por el gremio cafetalero como por los servicios públicos de salud. Los resultados del diagnóstico de salud en fincas pueden constituirse como un insumo estratégico para la toma de decisiones. Particularmente, se considera que los hallazgos contribuyen al diseño de un modelo de atención focalizado en la población de TAM, recuperando las mejores prácticas en salud instrumentadas a lo largo de los últimos años por los diferentes actores locales.

Los objetivos específicos del diagnóstico de SSR fueron los siguientes:

1) Compilar y analizar los instrumentos jurídicos vinculados con los temas de salud, migración y trabajo agrícola.
2) Documentar el contexto histórico y social que enmarca el trabajo agrícola desarrollado en las fincas cafetaleras del Soconusco, Chiapas.
3) Identificar y analizar las características organizativas y la dinámica interaccional del grupo de TAM en espacios productivos seleccionados.
4) Caracterizar la respuesta social en salud desarrollada por el sector productivo del café y por los servicios públicos de salud.
5) Analizar el sistema de información clínico-epidemiológica sobre la atención médica a las necesidades de SSR de TAM en fincas.

El núcleo de instituciones y organizaciones que participaron en el desarrollo de estas iniciativas se conforma por el INSP, la JS VII-Tapachula, en particular, la Coordinación del Programa de Enseñanza y la Coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, así como las organizaciones productivas: Grupo AMSA y el Grupo Luttmann.

II. ANTECEDENTES

2.1 La producción del café en la región del Soconusco

En el Estado de Chiapas, históricamente el Soconusco ha ocupado un lugar prioritario, por su contribución al desarrollo económico vinculado a la producción primaria en el sector agropecuario. La región abarca seis mil kilómetros de tierras fértiles y se ubica en la parte septentrional de la entidad. Está integrada por dieciséis municipios, tiene una extensión de 74,415 km2, limita al norte con la Sierra Madre, por el sur con el Océano Pacífico, al este con la República de Guatemala y al oeste con Tonalá.

A inicios del siglo XIX, un grupo de inversionistas y pequeños comerciantes nacionales, llegó al Soconusco con la intención de establecerse en las fértiles tierras de la Sierra Madre y promover el desarrollo de la producción cafetalera en la región. El auge del café atrajo también a inversionistas extranjeros (españoles, italianos y alemanes, entre otros) que años antes habían establecido propiedades dedicadas al cultivo del café en la zona costera de Guatemala.

En oposición a la disponibilidad de tierras, la escasez de la mano de obra para el trabajo en los cafetales y la falta de medios de comunicación, pronto se manifestó como un inconveniente para garantizar el proceso productivo. Los campesinos mames y mochós provenientes del Departamento de Mariscal, cuya cabecera era Motozintla, fueron los primeros en incorporarse al trabajo agrícola en las fincas. Posteriormente, con la llegada del ferrocarril costero (1908), campesinos de las zonas bajas del Soconusco, comenzaron a trasladarse temporalmente hacia las fincas. A esta fuerza de trabajo, se sumaron también indígenas originarios del Altiplano guatemalteco, en especial de las regiones rurales que presentan los mayores índices de pobreza y marginalidad del país (departamentos de San Marcos y Huehuetenango).

Para 1950, la proporción de trabajadores guatemaltecos que se trasladaban hacia las fincas siguió aumentando con respecto a los indígenas provenientes de los Altos de Chiapas. Las fincas más importantes del Soconusco ocupaban 300 trabajadores de manera permanente y alrededor de 1,000 que llegaban para la época de cosecha. Para la década de los ochenta, con el crecimiento de la agricultura en cultivos de ciclo corto, como la sandía, el melón, la papaya, el chile verde y la soya, aumentó la superficie cultivada y, por tanto, la demanda de trabajadores. Así, la región del Soconusco se consolidó como un centro agrícola que requería, además de trabajadores mexicanos, de trabajadores temporales guatemaltecos para su sustento.

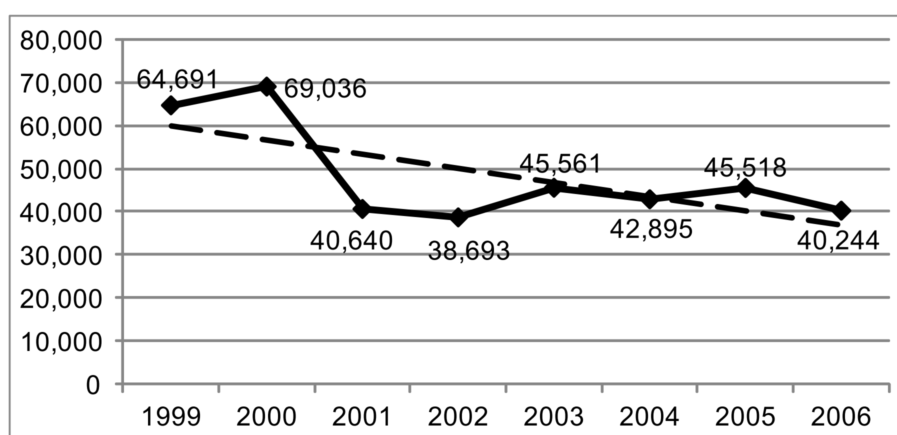
Durante las últimas décadas, se ha logrado avanzar en el conocimiento de los perfilespoblacionales de los trabajadores agrícolas que migran desde Guatemala hacia espacios productivos de la frontera sur de México. En 2004, el INM documentó algunos datos relativos al perfil de los TAM que solicitaron la FMVA: el grupo está conformado en su mayoría por hombres (87%) jóvenes y adultos que se desplazan hacia unidades productivas dedicadas al cultivo del café (región Soconusco y Frailesca). Respecto al estado civil la mayor parte de los y las TAM (90%) reportan ser soltero/as, viudo/as o divorciado/as. El grupo de edad con mayor movilidad se ubica entre los 16 y 45 años de edad y, más del 60% sabe leer.

Entre 2004 y 2006, la ODH de la Casa del Migrante de Tecún Umán, en un esfuerzo por documentar las condiciones laborales y situación migratoria de los trabajadores agrícolas guatemaltecos realizó un diagnóstico con énfasis en la mano de obra femenina. Se identificó que la mayoría de las mujeres que se emplean en actividades agrícolas en Chiapas son jóvenes (entre 18 y 26 años de edad) y proceden principalmente del vecino Departamento de San Marcos. Más de la mitad se encuentran unidas o casadas, y se desplazan en búsqueda de opciones laborales acompañadas por sus esposos e hijos más pequeños. Una baja proporción de estas mujeres está embarazada (alrededor de 3 y 4%) y migra hacia nuestro país teniendo entre 3 a 5 meses de gestación. Alrededor del 75% de la mano de obra femenina ingresó al nivel primario de educación sin concluirlo y poco más del 20 por ciento son analfabetas.

En la actualidad se estima que el proceso productivo del café involucra a un total de 174,690 productores y sus familias, esto sin contar a los otros sectores que están inmersos en la cadena productiva, particularmente los que se ven beneficiados por su cultivo, industrialización y comercialización. Para 2005, la producción estatal promedio se estimaba en 1´790,371Qq, lo cual representa el 35% de la producción a nivel nacional. El 85% del café producido en la entidad, se exporta, mientras que sólo el 10% se distribuye a nivel nacional y el 5% es consumido en la entidad. Sin embargo, debido a la falta de un sistema estatal de control que permita el seguimiento del café chiapaneco en el nivel municipal, estatal y nacional, se desconoce el volumen real de exportación.

A pesar que, en los últimos decenios, el sector productivo del café se ha ido consolidado, los históricos desplazamientos temporales de TAM guatemaltecos hacia el Soconusco, han modificado su tendencia. De acuerdo con las estadísticas migratorias del INM, los flujos documentados de TAM han mostrado una tendencia a la baja entre 1999 y 2006, al pasar de 64, 691 registros a 40,244 (Gráfica 1).

Gráfica 1. **Trabajadores agrícolas que solicitaron FMVA, 1999-2006.**



Fuente: Elaboración propia con base en la información publicada en el Dossier: trabajadores guatemaltecos documentados con la FMVA en el Estado de Chiapas, INM, 2007.

Los expertos apuntan que dicha transformación responde a un conjunto de factores de tipo económico y social, así como por la influencia de desastres naturales como el huracán Mitch, en 1998, y el huracán Stan, en 2005. Las ocupaciones tradicionales en el sector agropecuario han disminuido su participación relativa, de tal forma que los servicios urbanos, el comercio y la construcción representan nuevas opciones de empleo para los centroamericanos, cuyo principal país de origen es Guatemala.

2.2 Migración y SSR: avances en la investigación

La revisión sistemática de estudios sobre migración y salud realizada en el marco del proyecto INSP-UNFPA, permitió identificar que en la frontera México-Guatemala el conocimiento sobre las condiciones de SSR de las poblaciones móviles y migrantes que confluyen en la micro-región, aún es muy limitado. Por ello, en el marco del presente proyecto se buscó dar continuidad a las actividades de investigación sobre VIH/SIDA/ITS, y profundizar en el conocimiento sobre la práctica anticonceptiva, el embarazo, la salud materna y la violencia basada en género. Todo este conocimiento ha estado orientado a generar información estratégica para abordar y posicionar estos asuntos de población en las agendas locales y regionales.

Las investigaciones dedicadas a documentar las condiciones de SSR, con énfasis en el VIH/SIDA/ITS, se suman a los esfuerzos académicos y gubernamentales que han buscado lograr una mejor comprensión de los cambios y continuidades que ha experimentado la frontera sur de México, a raíz de la intensificación de la movilidad poblacional. Dichos estudios han centrado su atención en las po-

blaciones que tienen mayor presencia en la región y/o en aquellas que enfrentan condiciones de mayor vulnerabilidad social, tales como: los trabajadores/as agrícolas (TAM), los migrantes indocumentados en tránsito hacia los Estados Unidos (MT), y las trabajadoras/es sexuales (TSM).

Al igual que en otros grupos de la población móvil, aún son limitados los conocimientos sobre las necesidades de SSR en el grupo de TAM. Sin embargo, los estudios que focalizan en la temática del VIH/SIDA, han contribuido a esbozar los perfiles socio-demográficos y de salud de estas poblaciones.

Por ejemplo, la Encuesta del Estudio Multicéntrico realizada en 2002, indicó que el grueso de la población femenina de TAM (70%) se concentra entre los 18 y 27 años, es decir, se trata de mujeres en edad reproductiva. La mitad de las TAM que participaron en esta encuesta, declaró ser soltera y el resto estar casada o unida, pero con frecuencia reportaron estar separadas o huían de una situación de violencia conyugal. Esta encuesta indicó que poco más de las tres cuartas partes de las trabajadoras agrícolas (80%) eran madres y tenían hijos mayores de 12 años, lo cual indica que eran muy jóvenes cuando los tuvieron.

A su vez, se ha documentado que entre los/as TAM aún es escasa la información y medios para prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA. Respecto a los comportamientos sexuales, los datos de una encuesta aplicada a un total de 115 TAM, mostraron que el 53% había tenido relaciones sexuales en el último año sólo con una pareja y el 25% con dos parejas. Del total de TAM encuestados, el 72% mencionó que la última relación sexual fue con su pareja habitual (vive con ella), y el 37% indicó que fue con una pareja casual (tienen relaciones sexuales de manera ocasional).

En el mismo estudio también se documentó que eventualmente los varones TAM demandan el trabajo sexual regulado y no regulado, pero tienen una nula disponibilidad de condones, por lo que sus relaciones sexuales frecuentemente se dan en contextos de riesgo al VIH/ITS. En cuanto a la adopción de estrategias preventivas, el 80% de los varones y mujeres TAM que fueron encuestados, no usó condón en su última relación sexual, principalmente por tener “confianza en la fidelidad de su pareja”.

En este contexto, resultaba imprescindible avanzar en el conocimiento sobre las necesidades y problemas relacionados con la SSR que presentan los y las TAM. Se espera que esta información constituya un insumo para el diseño e implementación de estrategias dirigidas a facilitar el acceso y utilización de los servicios de SSR por parte de este sector de la población migrante.

III. METODOLOGÍA

Durante el periodo de mayor intensidad laboral en el proceso productivo del café (cosecha), se realizó el diagnóstico de SSR en la población de TAM que laboran en fincas cafetaleras de la región del Soconusco. Las actividades en campo se llevaron a cabo entre julio y octubre de 2010; y el procesamiento y análisis de los resultados se realizó entre enero y febrero de 2011.

3.1 Selección de los contextos de estudio

La selección de los contextos de estudio se realizó tomando en consideración los siguientes criterios de inclusión: 1) unidades productivas dedicadas al cultivo del café, 2) unidades productivas que reciben TAM y, 3) espacios laborales ubicados en la región del Soconusco, Chiapas y con proximidad a la frontera México-Guatemala. Paralelamente, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: 1) unidades productivas dedicadas al cultivo de plátano, mango, cacao y otros productos propios de la región; y, 2) espacios laborales dedicados al cultivo del café, que también se dedican a ofertar servicios turísticos.

Con base en los criterios anteriores, la Coordinación del Proyecto y la JS VII-Tapachula, concertaron reuniones técnicas con el sector cafetalero más importante de la región con el objetivo de garantizar el acceso a unidades productivas con estas características. Como resultado de dicho acercamiento se concretó la participación de dos organizaciones cafetaleras: Grupo Luttmann y Grupo AMSA. Las fincas seleccionadas para llevar a cabo las actividades de campo fueron: Finca Génova ubicada en el municipio de Tapachula, Chiapas y Finca Guadalupe Zajú, localizada en Motozintla, Chiapas.

3.2 Selección de la población objetivo

Para definir a la población meta se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión. Los informantes serían hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, que salieron de su país de origen (Guatemala) para ofertar su mano de obra en las fincas cafetaleras de la región del Soconusco, Chiapas. En el caso de las mujeres, se dio prioridad a aquellas en edad reproductiva.
- Criterios de exclusión. Se tomaron en consideración las variables relacionadas conla ocupación, la edad, la nacionalidad y el espacio físico en donde sería captada la población. Es decir, quedarían excluidos de la muestra los hombres y mujeres migrantes guatemaltecos, menores de 18 años, que no se dedicaran al trabajo agrícola, y que no fueran captados en las fincas cafetaleras seleccionadas.

3.3 Métodos y técnicas para la obtención de la información

El diagnóstico de SSR se elaboró a partir de siete fuentes de información derivadas de la aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas.

Compilación y análisis de instrumentos jurídicos. El objetivo del análisis fue conocer la definición institucional sobre los derechos y las obligaciones de las y los TAM, así como de sus empleadores. Dentro de esta perspectiva de derechos, se buscó definir los alcances y limitaciones de la respuesta social orientada a garantizar el acceso a servicios de salud por parte de esta población móvil. Los instrumentos utilizados en el análisis son: 1) Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares, 2) Ley General de Población y su Reglamento, 3) Acuerdo

que tiene por objeto establecer facilidades en la internación de nacionales guatemaltecos y beliceños que pretendan desempeñarse como trabajadores fronterizos temporales en las entidades federativas de Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Campeche de los Estados Unidos Mexicanos, y 4) Propuesta de política migratoria integral en la frontera sur de México. El análisis de los instrumentos jurídicos de referencia, fue integrado en el primer apartado de resultados del diagnóstico.

Mapeo geo-referenciado de servicios de salud. La finalidad del mapeo fue conocer las condiciones de accesibilidad geográfica a los servicios gubernamentales de salud por parte de la población de los TAM en fincas. Se utilizaron como fuentes de datos el Directorio de unidades médicas 2010 (CLUES) y el concentrado sobre infraestructura hospitalaria de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la SSA. La información espacial corresponde al Marco Geo-estadístico Municipal 2005, que generó y publicó el INEGI. Estas bases de datos fueron clasificadas y geo-referenciadas en el Núcleo de Acopio y Análisis de Información en Salud (NAAIS), del Centro de Información para Decisiones en Salud Pública (CNIDSP). Se utilizaron dispositivos GPS para obtener las coordenadas de latitud y longitud de las fincas. Se trazaron buffers de 1, 5 y 10 kilómetros de radio lineal alrededor de cada finca y, se hizo una selección espacial de las unidades médicas de primer nivel a partir del buffer. Finalmente, para el diseño de los mapas se utilizó el Software ArcGIS 10 que permitió construir un Sistema de Información Geográfica (SIG).

El mapeo recuperó los siguientes los indicadores de referencia: 1) identificación de la disponibilidad de infraestructura de los servicios gubernamentales de salud (IMSS y SSA) que se ubican en la región cafetalera del Soconusco; 2) caracterización de la capacidad instalada de las unidades más próximas a las dos fincas seleccionadas por el Proyecto; 3) relación de proximidad entre las fincas de los dos grupos productivos participantes y los servicios de salud gubernamentales; 4) estimación del tiempo de recorrido entre las unidades productivas y los servicios de salud.

Etnografía. El estudio etnográfico buscó identificar y analizar las características organizativas y la dinámica interaccional que se desarrolla en las fincas cafetaleras seleccionadas.La observación se centró en los siguientes espacios: 1) los servicios públicos a los que tienen acceso los TAM y sus familias (escuelas, transporte, carreteras, etc.), 2) el tipo de vivienda (vivienda individual, vivienda familiar o galeras comunales), 3) los servicios a los que tienen acceso en las viviendas al interior de la finca (acceso a agua potable, energía eléctrica, gas estacionario, drenaje, etc.), 4) la distribución del espacio en las viviendas al interior de la finca (áreas para dormir, áreas para preparar alimentos, letrinas, otros), y 5) las condiciones laborales (división interna del trabajo, tipo de paga, horario de trabajo, medios de contratación, etc.). Dicha técnica contribuyó a ampliar la red de informantes clave para la aplicación de las entrevistas.

Encuesta sobre migración y SSR. Entre los meses de octubre y diciembre, se aplicó un pilotaje de la "Cédula de Monitoreo para población móvil y migrante" (CMPMM), en una muestra (por conveniencia) conformada por 142 TAM (63% hombres y 37% mujeres). Los cuestionarios se distribuyeron de la siguiente manera: 80 cédulas en Finca Guadalupe Zajú y 62 cédulas en Finca Génova. La encuesta se estructuró en siete ejes temáticos: Datos socio-demográficos, condición de salud, discriminación, violencia basada en género, percepción sobre DSR, comportamiento sexual y prevención y atención de VIH/SIDA/ITS.

La encuesta fue capturada en una máscara digitalizada. Para el procesamiento de la base de datos, se utilizó el programa de apoyo de análisis estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo que permite dar cuenta del perfil socio-demográfico de la población estudiada, sus dinámicas de movilidad, trayectoria laboral, condiciones de salud, necesidades de SSR y acceso a servicios de salud en las comunidades de destino migratorio.

Entrevistas en profundidad dirigidas a trabajadores/as agrícolas migrantes. El objetivo de las entrevistas fue recuperar y analizar la perspectiva de los TAM respecto a cuatro aspectos fundamentales: SSR, Violencia basada en género, Acceso a servicios de salud, e Información sobre ITS/VIH/SIDA. Las entrevistas son de carácter semi-estructurado y se aplicaron en noviembre de 2010. La muestra se conformó por 28 entrevistas distribuidas de la siguiente manera: 14 entrevistas aplicadas en Finca Génova (siete mujeres y siete hombres); y 14 entrevistas aplicadas en Finca Guadalupe Zajú (10 mujeres y cuatro hombres). Las 28 entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas para su análisis. En los siguientes cuadros se presentan las características de las integrantes que participaron en las entrevistas:

Cuadro 1. **Perfil socio-demográfico de los informantes, Finca Génova.**

Código	Sexo	Edad	Nacionalidad	Departamento de origen	Escolaridad (Cuántos años fue a la escuela)	Número de hijos
G1	Hombre	17	Guatemala	San Marcos	6	No tiene hijos
G2	Hombre	24	Guatemala	Huehuetenango	6	1
G3	Hombre	40	Guatemala	San Marcos	Sin escolaridad	No tiene hijos
G4	Hombre	21	Guatemala	Santa Rosa	8	2
G5	Mujer	33	Guatemala	Huehuetenango	5	6
G6	Hombre	18	Guatemala	San Marcos	6	No tiene hijos
G7	Mujer	43	Guatemala	San Marcos	2	4
G8	Hombre	32	Guatemala	San Marcos	1	4
G9	Mujer	28	Guatemala	San Marcos	Sin escolaridad	3 y está embarazada
G10	Mujer	21	Guatemala	SD	3	4
G11	Mujer	22	Guatemala	San Marcos	Sin escolaridad	3
G12	Hombre	30	Guatemala	San Marcos	1	2
G13	Mujer	39	Guatemala	San Marcos	Sin escolaridad	5
G14	Mujer	28	Guatemala	San Marcos	Sin escolaridad	5 y está embarazada

Cuadro 2. **Perfil socio-demográfico de los informantes, Finca Guadalupe Zajú.**

Código	Sexo	Edad	Nacionalidad	Departamento de origen	Escolaridad (cuántos años fue a la escuela)	Número de hijos
GZ1	Hombre	25	Guatemala	San Marcos	Sin escolaridad	3
GZ2	Hombre	SD	Guatemala	Quetzaltenango	SD	No tiene hijos
GZ3	Mujer	35	Guatemala	San Marcos	SD	5
GZ4	Mujer	21	Guatemala	San Marcos	2	1
GZ5	Mujer	39	Guatemala	San Marcos	3	5
GZ6	Mujer	18	Guatemala	San Marcos	SD	No tiene hijos
GZ7	Hombre	23	Guatemala	Quetzaltenango	6	No tiene hijos
GZ9	Hombre	38	Guatemala	Huehuetenango	4	4
GZ10	Mujer	25	Guatemala	Huehuetenango	1	No tiene hijos
GZ11	Mujer	28	Guatemala	San Marcos	Sin escolaridad	3
GZ12	Mujer	20	Guatemala	San Marcos	Sin escolaridad	No tiene hijos
GZ13	Mujer	17	Guatemala	San Marcos	SD	No tiene hijos
GZ14	Mujer	25	Guatemala	San Marcos	6	2
GZ15	Mujer	24	Guatemala	San Marcos	Sin escolaridad	3

Entrevistas en profundidad dirigidas a actores clave. El objetivo de las entrevistas fue recuperar y analizar la perspectiva de profesionales de la salud y empleadores sobre los factores que facilitan u obstaculizan el acceso y utilización de los servicios de SSR en la población de los TAM. Las entrevistas son de carácter semi-estructurado y se aplicaron en noviembre de 2010. La muestra se conformó por ocho informantes.

Cuadro 3. **Perfil de los informantes: profesionales de salud y empleadores.**

Profesión	Lugar de trabajo	Municipio
QFB	Propietaria finca cafetalera	Tapachula, Chiapas
Administrador	Finca Génova	Cantón Génova, Tapachula, Chiapas
Administrador	Finca Guadalupe Zajú	Motozintla, Chiapas
Contratista	Finca Génova	Cantón Génova, Tapachula, Chiapas
Partera	Casa de Salud Ejido Mexiquito (SSA)	Ejido Mexiquito, Tapachula, Chiapas
Médico	Centro de Salud "El Edén" (SSA)	Tapachula, Chiapas
Enfermera	Centro de Salud "El Edén" (SSA)	Tapachula, Chiapas
Enfermera	UMR-Zaragoza (IMSS-Oportunidades)	Tapachula, Chiapas

En el caso de los informantes directamente vinculados con la dinámica laboral (representante del sector productivo del café, administradores de las fincas y contratista), los ejes temáticos para el análisis fueron: Proceso productivo y tipos de contratación, atención médica y principales problemas de salud ocupacional, vinculación con programas de gobierno y propuestas de mejora. Las entrevistas aplicadas a personal médico fueron analizadas tomando como punto de partida los siguientes ejes temáticos: Capacidades técnicas y de infraestructura, áreas programáticas prioritarias, promoción de SSR, promoción de información sobre ITS/VIH/SIDA, migración y salud y, propuestas de mejora.

Monitoreo de los sistemas de información. El objetivo del monitoreo fue identificar los avances y limitaciones en la generación de información estratégica sobre la situación de salud de los TAM durante su estancia en México. Para ello, se realizó un monitoreo in situ a los sistemas de información instrumentados en las fincas cafetaleras seleccionadas, a fin de identificar, compilar, sistematizar y analizar información clave sobre la atención médica. Se consideraron como fuentes primarias de información: las boletas de ingreso a la finca y los registros diarios de consulta. El periodo de observación estuvo comprendido entre los meses de agosto y noviembre de 2010.

IV. RESULTADOS

Los resultados se estructuraron en tres grandes apartados. En primer lugar, se analizan los principales referentes jurídico-políticos que regulan el tema de los derechos laborales y acceso a servicios de salud en la población de los TAM y sus familias. En un segundo apartado, se realiza una breve descripción de los contextos de estudio seleccionados y se caracteriza el perfil socio-demográfico de la población objetivo, así como el tipo de relaciones laborales que establecen los TAM con sus empleadores en la finca. Paralelamente, se identifican las principales necesidades de SSR de este grupo móvil durante su permanencia en las unidades productivas seleccionadas. En la tercera sección, se caracteriza la respuesta social en salud focalizada en la población de los TAM que confluyen en la región cafetalera de Soconusco.

Parte I. Marco jurídico-político sobre migración y trabajo agrícola

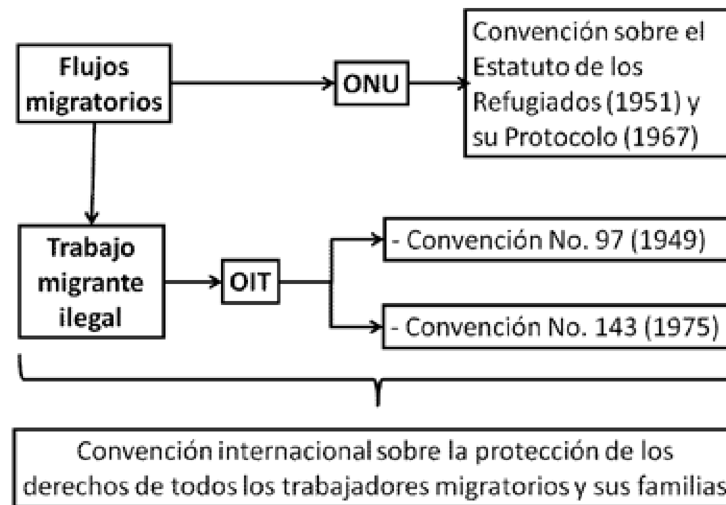
4.1.1 Referentes jurídico-conceptuales del trabajo agrícola migrante

Las condiciones de vulnerabilidad de esta población móvil residen en una característica en común: viven y trabajan en un país del cual no son nacionales. Por consiguiente, enfrentan el desafío de adaptarse a una sociedad que no es la suya y que podría rechazarlos. Más aún, como no-ciudadanos, usualmente gozan de menos derechos que la población local. En muchos casos, se enfrentan a la noción errónea de que los migrantes no tienen derecho a la protección de la legislación relativa a los DH. Lo anterior se constituye como el principal obstáculo para el acceso de los migrantes a la protección y bienestar social.

En los años 70, la comunidad internacional y las diferentes agencias de la ONU, reconocieron la necesidad de profundizar en los estatutos que enmarcan el trabajo migratorio desde una perspectiva integral de protección de los DH y no sólo desde la materia laboral. Al valorar a los TM como un grupo vulnerable, se decidió que esta población requería de una convención especial (figura 1).

En 1990, este marco, se presentó ante la Asamblea General de la ONU el contenido de la "Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias", dando como resultado su adopción por unanimidad. Para octubre de 2005, la convención había sido ratificada por un total de 34 estados, entre ellos México. En estas negociaciones destaca el papel del gobierno mexicano, ya que fue en dicho país en donde se instaló el grupo de trabajo de Naciones Unidas que diseñó los términos de la Convención.

Figura 1. **Antecedentes jurídicos que enmarcan la Convención**



La Convención define al "trabajador migratorio" como la persona que va a ser empleada, está empleada o ha sido empleada en una actividad remunerada en un Estado del cual no es ciudadano. La dinámica productiva del "trabajo agrícola migrante" nos permite reconocer dos modalidades de contratación: permanente y de temporada. Al reconocer la vulnerabilidad que enfrentan los migrantes indocumentados, la Convención los incorpora como sujetos de derecho y establece que todos los migrantes (sin importar su situación migratoria), deben tener acceso a un "grado mínimo" de protección.

En México, el reconocimiento del trabajo migrante se expresa bajo categorías jurídicas diferentes a las de la Convención, la principal divergencia se expresa en el hecho de reconocer sólo el trabajo legal. El punto de partida es el termino jurídico de "no inmigrante" que se recupera en el Artículo 42 de la Ley General de Población. Dicha normativa reconoce por lo menos 11 categorías, de las cuales, la única que reconoce el internamiento en el país con fines laborales en el sector agrícola es la de "visitante".

En la frontera sur, el reconocimiento de las dinámicas laborales transfronterizas entre México y Guatemala, derivó en la adopción del término de "visitante agrícola". Con la puesta en marcha del programa de expedición de la FMVA, en 1997, los gobiernos involucrados expresaron el interés de documentar los flujos de TAM y avanzar en la disminución de las condiciones de vulnerabilidad que acompañan el trabajo ilegal. Posteriormente, el reconocimiento institucional de la diversificación de las actividades productivas, así como de la extensión del espacio laboral que atraen los flujos migratorios, incidieron en la modificación la categoría de "visitante agrícola" por la de "trabajadores temporales fronterizos".

4.1.2. Trabajadores agrícolas migrantes: Derechos laborales y acceso a la salud en México

En términos de contenido, la técnica jurídica empleada en el diseño la Convención sobre los Derechos de los Migrantes no busca crear nuevos derechos para los migrantes sino garantizar el trato igualitario en las condiciones laborales para migrantes y nacionales. Lo anterior implica una concepción de reconocimiento de derechos que compromete a los Estados Parte a promover acciones relacionadas con la protección social en materia de salud.

La Convención hace un reconocimiento puntual de los derechos laborales de los TAM, entre ellos su inclusión en programas de bienestar social (artículo 27). El tratado establece que los TAM y sus familias deberán gozar del mismo trato que los nacionales en el acceso a la seguridad social. En este marco, el Artículo 28 de la Convención establecer el acceso a servicios de salud se reconoce como un derecho de los trabajadores migrantes al señalar que: "tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención mé-

dica urgente (…) para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato". A la vez que reconoce que los servicios médicos no podrán negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

En México, la adopción de esta perspectiva de derechos, y en especial el acceso a servicios de salud, se cristaliza en el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que apunta que: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud". Lo anterior representa que el Estado mexicano reconoce el derecho a la salud sin discriminar la nacionalidad de las personas.
Bajo esta perspectiva, las recientes reformas al Artículo 67 de la Ley General de Población (LGP) establecen que las personas originarias de otros países tendrán derecho a ser auxiliados en caso de ser afectados por desastres, así como a recibir la atención médica que requieran en enfermedades o accidentes que pongan en riesgo su vida, sin tomar en cuenta si tienen o no documentos que acrediten su estancia en México. Si bien es cierto que estas transformaciones jurídicas en el plano nacional, se constituyen como estrategias para reducir las barreras de acceso y facilitar la utilización de los servicios de salud, su aplicación se enfoca hacia la población migrante en tránsito por México que tiene como objetivo llegar a los Estados Unidos, por lo que no representa un beneficio directo para la población de TAM.

En el nivel local, se ha logrado fortalecer una estrategia dirigida a migrantes residentes en comunidades fronterizas que podría también garantizar el acercamiento a los servicios públicos de salud por parte de los TAM. A partir de 2010, en el marco de la estrategia de salud del Estado de Chiapas se dio inició a la expedición de la "Cartilla de Salud del Migrante", en un intento por promover el acceso a servicios básicos de salud (incluye SSR).

En este contexto jurídico-político se hace indispensable la promoción de convenios de colaboración entre los servicios gubernamentales de salud y las organizaciones productivas del sector agrícola de la región del Soconusco, Chiapas, que captan poblaciones migrantes como parte de su fuerza de trabajo.

Parte II. Diagnóstico de necesidades de SSR en la población de trabajadoras/es agrícolas migrantes

El área de estudio cubre las 13 unidades productivas administradas por Grupo Luttmann y Grupo AMSA . El perímetro en el cual se ubican las fincas abarca los municipios de Tapachula, Motozintla, Villa Comatitlán, Escuintla y Huixtla. La relación de proximidad con la frontera México-Guatemala es de entre 50 y 100km. La región es atravesada por la Sierra Madre de Chiapas que corre desde los límites de Oaxaca hasta la frontera con Guatemala, con 280 kilómetros de longitud y 90 en su mayor anchura a una altura aproximada de 1,500 msnm de altura promedio, con una gran variedad, tanto de flora como de fauna, con árboles de madera fina (caoba, ébano, guayacán, palo mulato) en las zonas medias, o de coníferas que crecen en las regiones más altas. Entre las especies animales aún habitan mamíferos como jaguar, tigrillo, jabalí, venado, tejón y lince, y aves como tucán, guacamaya, cenzontle y quetzal.

La Sierra Madre de Chiapas cruza por el Soconusco, desde Pijijiapan hasta el Volcán Tacaná (4,200 msnm), históricamente caracterizada por su gran productividad agrícola. El alto índice de humedad en esta cadena montañosa presenta un paisaje de vegetación siempre verde, oculta muchas veces tras las nubes que se posan en las cimas o descienden a los valles. Esta sierra también vierte ríos hacia la Depresión Central de Chiapas, los que alimentan a la presa "La Angostura". El clima de la zona puede considerarse como el más favorable para el cultivo del café al localizarse entre el Trópico de Cáncer y el Trópico de Capricornio; las plantaciones de café que se encuentran dentro de esta franja proporcionan la mejor calidad determinadas por el clima, suelo, y altitud. Los productores son conscientes de que el cafeto necesita temperaturas favorables en promedio de 20°C y precipitaciones pluviales de 2,500 mm; y que para obtener la mejor calidad del café, la altura adecuada para la siembra es de 600 a 1,400 msnm y, todas estas condiciones se presentan en la región.

En oposición a lo anterior, las condiciones orográficas y el deterioro de las vías de comunicación (asfaltadas y terracería) han dificultado la comunicación y acceso a servicios, por parte de la población que viven fincas del Soconusco y en comunicadas aledañas. Esta problemática que ha sido una constante en la región, se agudizó en el periodo de lluvias del presente año. Algunas fuentes señalan que en esta zona, previamente afectada desde el 2005 por el Huracán Stan, enfrentó graves pérdidas materiales y destrucción de caminos a raíz de la depresión tropical 11-E que entró en la región a inicios de septiembre

de 2010. En este sentido, el acceso a servicios de salud por parte tanto de la población que labora en las fincas cafetaleras como en las comunidades aledañas, se enfrenta a diversos obstáculos.

4.2.1 Resultados en Finca Génova

A. Descripción del contexto de estudio

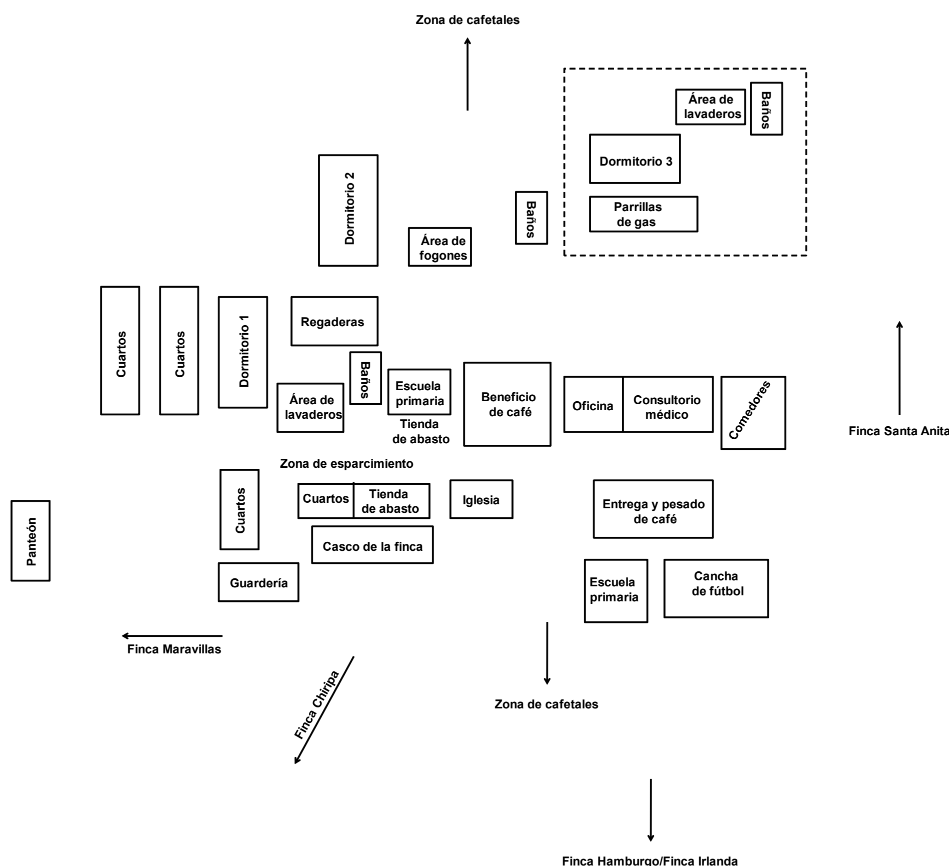
Logotipo Finca Génova



Infraestructura de la finca

La finca cafetalera Génova se localiza en el municipio de Tapachula (latitud norte: 15o 08' 55"; latitud oeste: 92o 19' 04") a 900 metros sobre el nivel del mar. Se ubica a 65 km de la frontera México-Guatemala y, las comunidades más cercanas a ella son: Cantón Génova, Congregación Zaragoza y Cantón Cinaí. Otras unidades productivas localizadas en el perímetro cercano a esta finca son: Maravillas, Chiripa, Santa Anita, Irlanda y Hamburgo.

Figura 2. **Distribución de la infraestructura en la Finca Génova.**



Se distribuye en un total de 317 hectáreas y se considera que cuenta con una ubicación privilegiada al situarse en uno de los primeros asentamientos de producción cafetalera de la región del Soconusco. La finca reporta una temperatura promedio de 20º centígrados durante el día y 30º por la noche. La ubicación y las condiciones climáticas de la propiedad, favorecen el cultivo de diversas variedades de café entre ellos el "árabe" y el "robusta". El periodo de cosecha para el café árabe se ubica entre los meses de septiembre y diciembre, en tanto que el corte del café robusta se realiza entre enero y marzo. La producción de café de Finca Génova cuenta con la certificación de la Red de Agricultores Sostenible de Rainforest Alliance. El grano se distribuye a través de CAFECAL, que opera en la región desde 1996.

La unidad productiva cuenta con una infraestructura tradicional, las oficinas administrativas se encuentran ubicadas a un costado del caso de la finca y al frente del beneficio de café; en este mismo espacio se ubica la Casa de Salud (figura 1). El personal administrativo de la finca consiste en un encargado general y dos "planilleros", estos últimos son quienes llevan el registro de la productividad. Los cafetales circundan el casco de la finca. En la parte baja de la finca se tienen cultivados nuevos cafetos de la variedad "robusta", mientras que las plantas de más de 10 años se ubican en la parte alta. Atrás de la oficina, se ubican unas galeras y un patio que se utilizan para el secado del café. En este "beneficio seco" también se guarda el grano que posteriormente es transportado para su comercialización. Frente al área administrativa, se ubica la zona de entrega de café y la despulpadora.

Condiciones de vida en la finca

La finca es capaz de albergar a alrededor de 300 TAM y sus familias. Cuenta con tres dormitorios colectivos, dos de ellos (figura 2) son asignados a quienes llegan en temporada de cosecha a la finca y, que por tanto tienen mayor movilidad. Un tercer dormitorio se encuentra asignado a los TAM con estancia permanente, la zona punteada demarca la ubicación de las TAM regulares o permanentes.

Los dormitorios 1 y 3 (figura 2), se encuentran divididos en pequeñas habitaciones, cinco en total, cada una con capacidad para 16 personas. Este tipo de vivienda puede albergar a 80 personas cada uno. El dormitorio 2, conserva el estilo "tradicional" de vivienda conocida como "gallera", cuenta con cuatro divisiones. Dicha vivienda tiene capacidad para 100 personas. Paralelamente, se cuenta con alrededor de 12 pequeños cuartos, que cuentan con un poco más de independencia que los otros dormitorios. Este tipo de vivienda es asignada a TAM y sus familias, que han permanecido en la finca por más de una generación. Por tanto, la asignación de este espacio, representa un beneficio selectivo que les da la opción, por ejemplo de amueblar las viviendas a su gusto. Todas las viviendas cuentan con servicio de energía eléctrica de las 6am las 6pm.

Las viviendas comparten el acceso a servicios sanitarios y regaderas, divididos para el uso de hombres y mujeres. También se dispone de lavaderos y acceso a un potabilizador de agua. Los dormitorios 1 y 2 (figura 2) comparten una pequeña área de fogones de leña, en donde pueden preparar alimentos. El dormitorio 3, dispone de parrillas de gas que comúnmente, no son utilizadas debido a que las mujeres prefieren preparar los alimentos con leña. Los cuartos individuales cuentan con fogones de leña familiares, e incluso se tiene espacio para la crianza de animales de granja y pequeñas huertas.

Existe un área de comedores con capacidad para 100 personas, en donde se da el servicio de desayuno y comida para los TAM de la finca. El espacio se encuentra techado con lámina, en la parte exterior tiene un lavamanos y arriba un letrero que indica el lavado de manos. Tres cocineros apoyan la preparación de alimentos. El desayuno se sirve entre las 4:30 y 6 am, en tanto que la comida se sirve entre las 2 y 5pm. El desayuno consiste en frijoles y tortillas (20 piezas por ración), en ocasiones también se sirve huevo. En la comida se ofrecen frijoles, pasta y arroz, dos veces por semana se prepara pollo. El abasto de los alimentos se realiza cada dos días. Los acompañantes de los TAM (esposa/so e hijos) no tienen derecho a las raciones de alimentos que se ofrece en el comedor de la finca.

Se cuenta con algunas áreas de esparcimiento y canchas deportivas, así como una pequeña capilla dedicada a la "patrona de la finca", la Virgen de Guadalupe. Los TAM tienen prácticas religiosas diferentes. Las más populares son la práctica católica, evangélica y pentecostés.

Servicios básicos

Los hijos de los TAM tienen acceso a un servicio de guardería, de lunes a domingo, con horario de 7 a 13 horas. La temporada de más auge para la guardería se ubica entre los meses de septiembre y noviembre, durante la cosecha del café árabe. Al momento de la visita de campo, en la guardería se contabilizaron 36 niños (17 niñas y 19 niños), de entre 1 y 15 años. Para dar el servicio se dispone de un espacio ubicado atrás del casco de la finca (figura 2); en la guardería, no se implementa un programa educativo, por lo que sólo es un espacio para la recreación. A los niños se les ofrece un desayuno, y las madres de familia se turnan para el cuidado de los niños y la preparación de este alimento.

Los hijos de los TAM de la finca tienen acceso a educación básica, que se oferta en modalidad de multigrado. La escuela primaria se llama está acreditada por la SEP y los cursos son impartidos por instructores del CONAFE. El acercamiento del propietario de Génova con este programa se dio a partir de la experiencia que se tuvo en la finca San Ramón.

Hasta el 2009, el CONAFE trabajaba de manera conjunta con el PRONIM, al reconocer el derecho de acceso a la educación por parte de la población de niños migrantes, que llegan a áreas de difícil acceso como las fincas cafetaleras. No obstante, a partir del 2010 este vínculo se disolvió, por lo que la Finca Génova ya no cuenta con apoyo académico y financiero del PRONIM. Los cursos de dividen en dos salones: en un salón se imparten cursos de 1° y 2° grado de primaria, y en otro salón se imparten cursos de 3° a 6° grado. Las clases se imparten entre las 8 y 13 horas; al momento de realizar el trabajo de campo, al curso de 1-2 grado asistían 28 niños y en el grupo de 3-6 grado acudían alrededor de 12 niños, de los cuales 7 eran mexicanos y el resto eran extranjeros. Este beneficio es más utilizado por los TAM permanentes. La finca no cuenta con infraestructura para los niveles de educación secundaria y bachillerato, no obstante, existe la opción de trasladarse a las localidades de Zaragoza y El Edén para tomar los cursos.

Niños educación preescolar y primaria, Finca Génova



En la finca existe un consultorio médico ubicado a un costado del área administrativa. Opera con el apoyo del Programa IMSS-Oportunidades y brinda atención de primer nivel. De acuerdo con la información proporcionada por la responsable del consultorio, en la propiedad se tienen registradas 6 familias derechohabientes del IMSS y, durante la temporada de cosecha, se brinda atención a la población temporal que asciende a 12 familias. Los medicamentos y material médico, son proporcionados por el dueño de la finca. También se brinda un apoyo económico para la trasportación del responsable del consultorio.

Los TAM tienen acceso a dos tiendas de abasto que están en servicio entre las 7 y 19 horas. Otro punto para comprar insumos básicos, son los mercados y tiendas de abasto de las comunidades de Zaragoza y El Edén. Sin embargo, las mujeres comentaron que tienen limitaciones para acudir a estos lugares por sus alimentos y otros productos de primera necesidad, debido a que en los últimos meses han sido constantes los asaltos. Con menor regularidad, las mujeres acuden al Mercado San Juan en la Ciudad de Tapachula, Chiapas. En comunidades aledañas se dispone de transporte colectivo (autobuses, combis y

taxis) que cubre la ruta Tapachula-Finca Hamburgo, y que se utiliza como medio para llegar a Génova. El costo de este transporte oscila entre los 25 y 30 pesos. Existen rutas intermedias que se dirigen hacia las comunidades de El Edén, Congregación Zaragoza y Cantón Cinaí.

B. Perfil socio-demográfico, migración y relaciones laborales

Principales puntos de internamiento

Desde Huehuetenango, Guatemala, el principal punto de acceso hacia la Finca Génova es el cruce fronterizo Ciudad Cuauhtémoc-La Mesilla. En 2006, este punto fronterizo concentró el 3% de los flujos migratorios que llegaron a México. El recorrido desde dicho punto hacia la propiedad es de aproximadamente tres horas. Durante el trabajo de campo se nos informó que en la temporada de cosecha del café árabe, los contratistas buscan TAM de las comunidades de Huehuetenango, conocidos como de "tierra fría", ya que se tiene la creencia de que dicha población es la más apta para cosechar esta variedad de grano. Desde La Mesilla hacia Génova, los TAM puede movilizarse ya sea en el transporte que brinda el contratista o bien llegar por cuenta propia en el colectivo. Esta ruta y la de Tecún Umán-Cd- Hidalgo es comúnmente utilizada por los TAM que llegan por cuenta propia a la finca.

Para los TAM provenientes del Departamento de San Marcos, Guatemala, el punto de entrada hacia la finca Génova es el cruce fronterizo Talismán-El Carmen; las entrevistas aplicadas muestra que esta ruta es la más recurrente para los TAM de Finca Génova. En 2006, este punto de cruce en Chiapas recibió el 38% de los flujos migratorios que ingresaron a territorio mexicano. Luego de hacer el recorrido desde la frontera hacia la ciudad de Tapachula, deben viajar 40 km de carretera en el tramo Nueva Alemania-Finca Maravillas de ahí en adelante restan 4 km de terracería que conducen hacia Génova. En temporada de corte de café robusta, el contratista acude a las comunidades de San Marcos y otros departamentos de la costa guatemalteca, por creer que su población es la más apta para la cosecha de esta variedad.

Datos socio-demográficos

Los resultados de la encuesta aplicada en Finca Génova, muestran que la fuerza de trabajo empleada en la última cosecha eran hombres (61%) y mujeres (39%) jóvenes originarios de Guatemala, con una edad promedio de 29 años; y con una trayectoria laboral de 4 años, aunque en la finca se mantiene una población permanente que llegó desde su país de origen hace 10 o 12 años.

Respecto al estado civil se identifica que a mayoría de los y las TAM son casados o viven en unión libre (71%), por lo que es reducido el número de personas solteras en la finca. Tanto solteros como casados llegan a las fincas acompañados por algún familiar. El 83% de las mujeres y el 66% de los hombres tienen hijos que dependen económicamente de ellos.

El 55% los TAM no asistió a la escuela, se identificó que los varones tienen mayor escolaridad que las mujeres. En promedio, cuentan con cuatro años de estudio, aunque el rango de valores indica que algunos terminaron la educación básica y secundaria.

Cuadro 4. **Características socio-demográficas según sexo, Finca Génova**

Variable		Hombres		Mujeres		Total	
		n	%	n	%		
Nacionalidad*							
	Guatemala	38	61.3	24	38.7	62	100
Edad							
	Media	29.2					
	Desviación estándar	11.4					
	Rango	15-60					
Situación migratoria*							
	Pase local	38	100	21	87.5	59	95.2
	Nacionalizado	0	0	1	4.2	1	1.6
	Residente	0	0	1	4.2	1	1.6
	Permiso de trabajo	0	0	1	4.2	1	1.6
Hijos							
	Media	3.0					
	Desviación estándar	3.1					
	Rango	1-11					
Escolaridad							
	Con escolaridad	23	60.5	5	20.8	28	45.2
	Sin escolaridad	15	39.5	19	79.2	34	54.8
	Media (años)	4.1					
	Desviación estándar	1.8					
	Rango	1-9					
Estado civil*							
	Vive en unión libre	21	55.3	12	50.0	33	53.2
	Separado	10	26.3	5	20.8	15	24.2
	Casado	7	18.4	4	16.7	11	17.7
	Divorciado	0	0	1	4.2	1	1.6

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre del 2010.

La mayor parte de los TAM (93%), llegó a Chiapas por medio de un pase local y el porcentaje de TAM acreditados con la FMTTF es mínimo (sólo dos casos de la muestra). No obstante, los resultados de las entrevistas en profundidad indican que todos cuentan con un permiso de trabajo, cuyo costo es asumido por los propietarios. Consideramos que esta discrepancia podría deberse a una confusión de nomenclatura. En este sentido, los administradores de la finca mencionaron que tienen un acuerdo con el INM con el propósito de documentar a los TAM durante su estancia en la finca, por medio de unidades móviles. Sin embargo, no se ha dado continuidad a la estrategia.

Fuerza de trabajo

De manera permanente la Finca Génova alberga a 80 TAM guatemaltecos acompañados por sus familiares, con lo cual se conforma un grupo de alrededor de 12 familias. Una pequeña proporción se dedica a la preparación de la tierra para el cultivo del café, y el resto realizar actividades de mantenimiento y limpieza dentro de la finca.

Entre los meses de septiembre y diciembre, a esta población permanente, se suman los TAM temporales que llegan a la unidad productiva para la cosecha del café tipo árabe. Durante este periodo la población se eleva a entre 160 hasta 250 personas. En la unidad productiva se emplea la intermediación del contratista y son pocos los TAM que llegan por cuenta propia. De acuerdo con los registros de ingreso, durante la última temporada de cosecha, el 91% de los TAM provenían de San Marcos, Guatemala (el resto es originario de los departamentos de Quetzaltenango, Huehuetenango y San Miguel Ixtahuacan).

Se sabe que este grupo de TAM, no regresa a México para la cosecha del café robusta, pues en el retorno a su país de origen se dedican al cultivo de sus milpas o parcelas.

Posteriormente, entre los meses de enero y marzo, en la finca se cosecha la variedad de café robusta. Para realizar esta tarea, acuden a la finca alrededor de 120 TAM provenientes de los departamentos de la costa guatemalteca (especialmente de San Marcos). En esta temporada, los TAM no llegan acompañados de sus esposas e hijos, debido a que en Guatemala es periodo de clases para los niños.

El administrador de la finca, nos comentó que existen importantes diferencias religiosas y culturales entre la población que proviene de "tierra fría" (Huehuetenango, Guatemala) y la gente de "tierra caliente" o de la costa (San Marcos, Guatemala). Una limitante para el establecimiento de relaciones sociales entre ambos grupos, es el lenguaje; los TAM provenientes de la sierra hablan "mam" y los de la costa no practican ninguna lengua indígena. No obstante, se identifica una tendencia de disminución de estas prácticas. La encuesta indica que el 79% de los TAM no habla ningún idioma indígena.

A fin de garantizar que no existan problemas entre los TAM, la administración de la finca considera la comunidad de origen como un criterio para la asignación de vivienda y tareas. Asimismo, han tenido la iniciativa de traducir el contenido del material de difusión que se expone en la finca y que contiene las políticas y reglamento de la empresa, así como información de utilidad para el uso de los servicios sanitarios y para fomentar otras medidas de higiene.

División del trabajo y modalidad de contratación

El 95% de los TAM se trasladó a México en búsqueda de empleo, ninguno de ellos tiene como propósito llegar a los Estados Unidos y tampoco han sido deportados desde aquél país. Declararon que, en los últimos seis meses, se desplazaron hacia su comunidad de origen en promedio 3.7 ocasiones. Las entrevistas en profundidad muestran que, en su trayectoria laboral, los TAM de la unidad productiva han tenido poca movilidad; es decir, no es recurrente su desplazamiento hacia otras fincas de la región.

Tanto hombres como mujeres, tienen como principal actividad la recolección de café o algún otro tipo de tarea en el campo (cuadro 5). De acuerdo con los registros de ingreso, el 91% de la plantilla laboral son hombres y se dedican a las siguientes tareas: 1) corte (o pisca) de café, 2) "chaporro", 3) "desumbre" y, 4) secado de café, entre otras actividades. Tan sólo el 9% de la plantilla laboral son mujeres, y se sabe que son contratadas para las siguientes tareas: 1) corte (o pisca) de café, 2) "cajeteo", 3) preparación del almácigo y 4) trabajo doméstico, entre otras.

Cuadro 5. **Movilidad y trayectoria laboral, Finca Génova.**

Variable		**Hombres**		**Mujeres**		**Total**	
		N	**%**	**n**	**%**		
Número de veces que ha salido de su país en los últimos seis meses							
	Media	3.7					
	Desviación estándar	4.3					
	Rango	2-15					
Ha sido deportado:							
	No	38	100	24	100	62	100
Ha llegado a los EUA:							
	No	38	100	24	100	62	100
Razón por la que vino a México							
	Trabajo	28	100	21	87.5	59	95.2
	Familia	0	0	3	12.5	3	4.8
A qué se dedica en la finca:							
	Trabajo en el campo	36	94.7	12	50.0	48	77.4
	Cocinero/a	1	2.6	3	12.5	4	6.5
	Hogar	0	0	9	37.5	9	14.5
	Jardinero	1	2.6	0	0	1	1.6
Tipo de contratación/pago							
	Por quincena/mes	26	68.4	11	73.3	37	69.8
	Por destajo/costal	9	23.7	1	6.7	10	18.9
	Por día	3	7.9	3	20.0	6	11.3

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2010.

El personal administrativo comentó que las embarazadas son asignadas a tareas de bajo riesgo, como la limpieza de patios y del beneficio seco. A partir del tercer semestre del embarazo, sus actividades están sujetas a los resultados del seguimiento médico que se les realiza. Es significativo el número de mujeres que se dedican al hogar, acompañando a sus esposos durante la temporada de cosecha del café. Ello se confirma con los registros de ingreso que muestran que sólo el 16% de los TAM son solteros. Los menores de edad, a partir de los 16 años cumplidos, pueden ser contratados para trabajar en la finca. Ingresan con un permiso especial emitido por el Ministerio del Trabajo en Guatemala y son asignados a tareas propias de su género.

En la última cosecha, la encuesta mostro que la mayoría (70%) de los TAM fue contratado por quincena o mes (cuadro 5). Esta información fue confirmada por los administradores, al señalar que el personal es contratado por cinco semanas, aunque ello se condiciona a la productividad del cafetal. La jornada de trabajo se realiza de lunes a sábado, entre las 6 y las 13 o 14 horas, con media hora de descanso. También existe la posibilidad de contratarse por horas y realizar actividades por la tarde, como medio para obtener un salario más alto.

Los TAM reciben su pago por "jornal", que equivale al trabajo o tarea que se realiza en un día. Otra modalidad de tarea es por "cuerdas", cada cuerda equivale a la distancia entre 10 cafetales y dos cuerdas son pagadas como un jornal o tarea. La actividad diaria es registrada por el personal administrativo, en donde además de apuntar las tareas realizadas, se anotan las raciones de comida entregadas durante su estancia. El salario es pagado cada cuatro o cinco semanas, lo cual equivale a entre $1,365 y $2,275 pesos ($65 pesos diarios). La vivienda, los servicios de salud y la educación para los hijos de los TAM son gratuitos, por lo que no son descontados del salario.

Los TAM pueden llegar a laborar a la finca por cuenta propia, o por medio de un "contratista", en el primer caso ellos deben asumir los gastos de su traslado y documentación. En Finca Génova, se tuvo la oportunidad de entrevistar a un contratista originario de Guatemala, que lleva más de 17 años desarrollando esta actividad. Nos comentó que está acreditado por el INM para ingresar, documentar

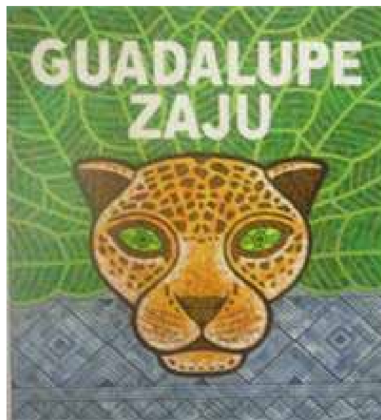
y trasladar a grupos de TAM que tienen como destino las fincas cafetaleras del Soconusco. El permiso que lo certifica es la forma migratoria FM3, dicho documento debe renovarse cada año y, su costo es asumido por el propietario de la finca (su valor es de aproximadamente 2 mil pesos).

Durante temporada de cosecha, el administrador de la finca contacta al contratista para decirle cuántos TAM necesitan. Posteriormente, éste se desplaza hacia comunidades de Huehuetenango, interesadas en el trabajo. Renta un autobús en Guatemala y traslada a las personas hacia los puntos de internamiento y las unidades productivo. El contratista entrevistado comentó que, como parte de su acuerdo con el propietario de la finca, su trabajo no termina con el ingreso de los TAM a Génova, ya que también se desempeña como caporal.

4.2.2 Resultados en Finca Guadalupe Zajú

A. Descripción del contexto de estudio

Logotipo Finca Guadalupe Zajú



Infraestructura de la finca

La Finca Guadalupe Zajú está ubicada en el municipio de Motozintla, Chiapas (latitud norte: 15°09´28.0", latitud oeste: 92° 17´11.0"), al pie del Volcán de las "Siete Orejas" (2680 msnm) y colinda con el Cerro del Pajarito. La unidad productiva limita con las fincas Chanjul, Xumic y La Gloria. La división territorial está marcada por los ríos Malvichin y Gloria. La frontera México-Guatemala se ubica a 50km de la propiedad y, las localidades más cercanas a la finca son el Ejido Mexiquito, y Toquián Chiquito.

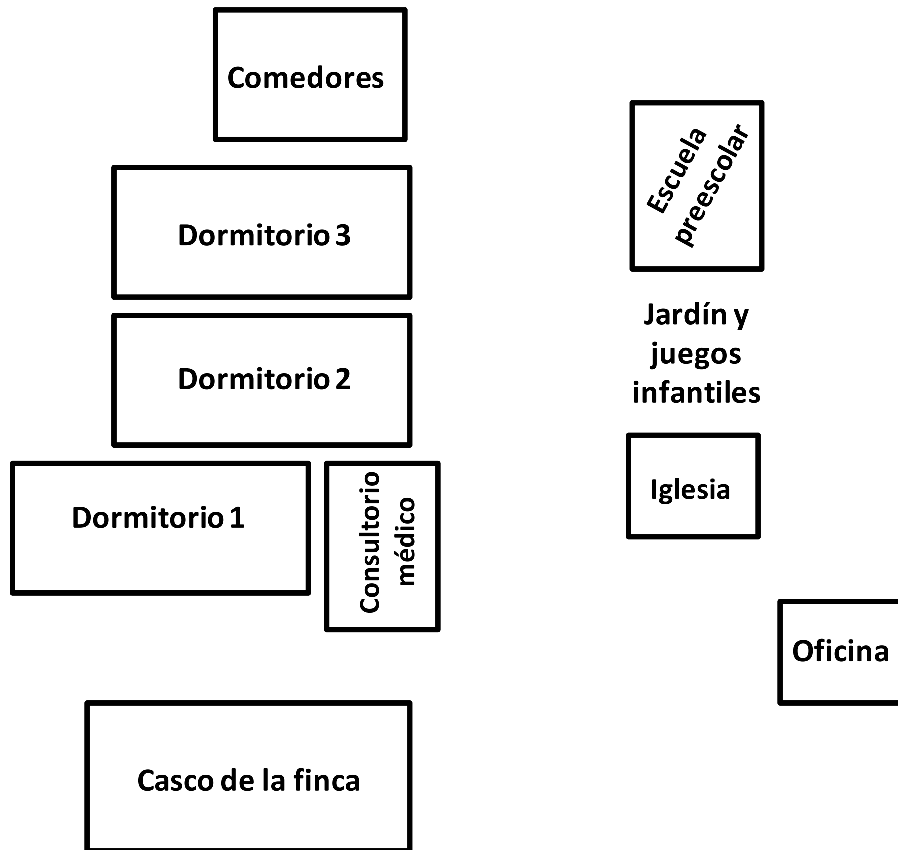
Se distribuye en un total de 200 hectáreas de las cuales, el 75% son dedicadas al cultivo de café y el resto está considerado como reserva natural. Reporta un promedio de 25°C durante el día y 14° durante la noche. El grano es comercializado a través de AMSA. Dicha empresa inició sus operaciones en México en 1948, en principio con el algodón, y más tarde (1979) abrió su producción hacia otros granos, entre ellos el café.

La unidad productiva está construida de manera tradicional, ya que su infraestructura está integrada por el casco de la finca, la administración, el área de carga, la maquinaria (despulpadora) y las bodegas. En la propiedad se puede distinguir que el terreno está organizado por terrazas o aprovechando la geografía del lugar, escalonado. El "beneficio seco" se encuentra en la parte alta de la finca, del lado izquierdo del camino, detrás de estos se encuentra un espacio dedicado a los almácigos (o plántulas de café), es decir las que seleccionan y luego trasplantan.

De ese mismo lado izquierdo del camino, subiendo se encuentra lo que se conoce como Casa Grande, que es el lugar donde habitan (temporalmente) los dueños o patrones. Frente a este lugar es decir del lado derecho del camino subiendo, se encuentra otro patio de secado y la administración, su oficina. Detrás de la oficina está lo que se conoce como despulpadora, es decir es ahí donde se recibe el café y entra a su primer paso en el proceso. Se pesa y cae directo a las máquinas que se encargaran de

despulparlo. Existe una bodega para guardar el café y algunos materiales de construcción; esta bodega se encuentra dividida en áreas, cada uno con un cartel que señala medidas de seguridad, entre ellas la prohibición del acceso a niños y mujeres embarazadas. Detrás de esta bodega se encuentra el otro "almácigo" de la finca.

Figura 3. **Distribución de la infraestructura de la Finca Guadalupe Zajú**



Condiciones de vida en la finca

Se cuenta con tres dormitorios o "galleras", construidas con piso de concreto y techo de lámina. El dormitorio 1, se ubica a un costado del consultorio médico y cuenta con siete cuartos, cada uno con cinco literas (figura 3). Los dormitorios 2 y 3, cuentan con catorce cuartos y, cada uno dispone de cinco literas. Ninguna litera dispone de colchón. Cada uno de las viviendas viven aproximadamente siete familias. Las viviendas tienen acceso a lavaderos públicos, con abasto permanente de agua potable, ubicados en la parte trasera de los dormitorios 2 y 3 (figura 3). También cuentan con servicios sanitarios y regaderas se localizan cerca del dormitorio 3, diferenciados por sexo. Sólo una persona se encarga de dar limpieza a los baños, regaderas y lavaderos.

Los TAM tienen acceso a dos comedores: uno para casados o familias y otro para solteros. Sólo en el comedor de solteros hay cocineras que preparan los alimentos para todos, en el de casados está la posibilidad de cocinar en fogón de leña y comer en grupo o por familias. La cocina principal está hecha de tabiques y tiene techo de lámina de cartón, cuenta con asientos y bancas de concreto. Como parte del reglamento del comedor, no se permite que los TAM lleven los alimentos hacia los dormitorios. Algunas mujeres de la finca mencionan que en ocasiones no les gustan los alimentos que se ofrecen en el comedor, por lo que se preparan otra cosa. Los principales insumos para la preparación del menú son: tortilla de Maseca, frijol, arroz, pasta, soya, carne, pollo y en ocasiones, res, legumbres y verduras. El desayuno se sirve entre las 3 y las 5 de la mañana; el horario de despacho de la comida se ubica entre las 2 y las 4 de la tarde.

Mujeres y niños en Finca Guadalupe Zajú



En los dormitorios, se dispone de un patio donde los TAM pueden convivir. Cerca de la bodega de materiales, se encuentra una cancha de futbol que es utilizada por los TAM y el personal administrativo. Se identifican por lo menos dos religiones: católica y pentecostés; en la finca sólo se tiene acceso a una capilla católica, construida en honor de la Virgen de Guadalupe.

Servicios básicos

En la propiedad opera una escuela de educación básica, en modalidad de multigrado. Cuenta con dos salones y un espacio recreativo. Los cursos se imparten en un horario de 8 a 13 horas, por una maestra, que ha estado adscrita a la finca desde hace cinco años. La maestra atiende a un grupo de 20 niños (al momento del trabajo de campo, el menor tenía un año y el mayor 12 años de edad) que toman cursos de preescolar y primaria. La escuela está construida con tabiques y techo de lámina, cuenta con 10 pupitres para los niños de la primaria y seis“mesitas” para los de kínder. Durante el horario de clases, los niños no tienen acceso a ningún alimento. Un día a la semana realizan ejercicio en el patio, que cuenta conuna pequeña área de juegos, que se deja abierta también durante la tarde.

En un primer momento, la escuela fue apoyada por el CONAFE y posteriormente por PRONIM. Ambos programas impulsados por la SEP, han tenido la finalidad de facilitar el acceso al servicio educativo de nivel básico en la población en edad escolar de familias jornaleras agrícolas migrantes. En este marco, se ha impulsado un esquema de cofinanciamiento entre los empleadores y los promotores del programa. De esta manera, se contrata a la profesora y se sustentan los gastos de compra de materiales (libretas, lápices, libros y material didáctico), así como la manutención de la escuela y del área de juegos. La finca no cuenta con infraestructura para los niveles de educación secundaria y bachillerato. El Ejido Mexiquito es el municipio más cercano que cuenta con una primaria, secundaria y preparatoria; sin embargo, se desconoce si los hijos de los TAM acceden a este servicio.

En la finca existe un consultorio médico que brinda atención de primer nivel y es operado por un profesional de la salud contratado por el Grupo AMSA. El consultorio se encuentra ubicado al frente de las oficinas administrativas y a un costado del dormitorio 1. El abasto de medicamentos y material médico corre a cargo del propietario de la finca. De acuerdo con los registros diarios de atención médica, también se cuenta con medicamento proporcionado por la SSA.

En la finca existe una tienda de abasto, cuya administración queda a cargo de particulares y no así de los dueños. Otro recurso para el abasto de alimentos es una camioneta que llega en las tardes a vender

fruta y otros artículos. Algunas mujeres se desplazan al municipio de Huixtla, Chiapas, para realizar las compras.

Los TAM tienen acceso al servicio de transporte público. El costo por el trayecto es de $27 pesos. Aunque no existen rutas intermedias, el Ejido Mexiquito es un punto de conexión entre la finca y la comunidad de El Edén. De acuerdo con la gente del lugar, sólo algunas casas y tiendas de comunidades aledañas cuentan con servicio telefónico. En este contexto, buena parte de los bienes y servicios se obtienen en la Ciudad de Tapachula (envío de remesas, compra de víveres, etc.).

B. Perfil socio-demográfico, migración y relaciones laborales

Principales puntos de internamiento

Desde el Departamento de San Marcos, Guatemala existen dos cruces fronterizos para llegar a la Finca Guadalupe Zajú. El más próximo es informal y no cuenta con presencia de autoridades migratorias, se localiza en el punto Niquivil-Chiguate; el recorrido desde dicho punto hacia la unidad productiva es de dos horas (aproximadamente 28km) y el transporte público que llega el cruce desde comunidades de la frontera cobra entre 60 y 75 pesos.

La otra opción para llegar a Guadalupe Zajú, es atravesar el cruce fronterizo Talismán-El Carmen. Este punto también es utilizado por poblaciones provenientes de Huehuetenango que llegan a las fincas por cuenta propia y requieren tramitar su documentación. Los TAM pueden trasladarse hacia la Ciudad de Tapachula, Chiapas y tomar el servicio de transporte colectivo para llegar por cuenta propia a la finca (63 km de recorrido). De acuerdo con los reportes de ingreso, en la última cosecha el 26% de los TAM eran originarios de la Aldea Tacaná, San Marcos y la Aldea Tectitán, Huehuetenango.

Datos socio-demográficos

En la Finca Guadalupe, la encuesta muestra que la mano de obra estaba constituida por hombres (64%) y mujeres (36%) jóvenes que provienen de regiones rurales de Guatemala (96%), sólo algunos de los empleados son mexicanos y no se dedican a actividades en el campo. La edad promedio de los encuestados fue de 31 años, aunque el rango de edades fluctúa entre los 15 y 74 años. El 63% de los encuestados cuenta con educación de nivel básico, en promedio han cursado 3.8 años de estudios. Se observa que un mínimo porcentaje de la población ha concluido el nivel de estudios secundario (cuadro 6).

En cuanto al estado civil, la encuesta revela que el 71% de las y los TAM eran casados o en unión libre. La mayoría de los TAM encuestados tiene hijos (62% de las mujeres y 73% de los hombres), con un promedio de 1.9 hijos (rango de entre 1-7 por mujer). No existen diferencias importantes en cuanto a la dependencia económica de los hijos, pues se observó que esta obligación es asumida tanto por los hombres como por las mujeres (cuadro 6).

En general, los TAM no cuentan con un permiso de trabajo que acredite su estancia en México, llegan a la unidad productiva mediante un pase local, y el 4% de los entrevistados no cuentan con ningún tipo de documentación migratoria (cuadro 6). En este sentido, las entrevistas en profundidad apuntan a que esta situación es producto de las dificultades de acceso geográfico, a la vez que puede atribuirse al hecho de que la mano de obra llega por cuenta propia y no tienen los recursos económicos para asumir el costo del trámite migratorio.

Cuadro 6. **Características socio-demográficas según sexo, Finca Guadalupe Zajú**

Variable		Hombres		Mujeres		Total	
		%	n	%			
Nacionalidad*							
	Guatemala	48	94.1	29	100	77	96.3
	México	3	5.9	0	0	3	3.8
Edad							
	Media	31.1					
	Desviación estándar	13.0					
	Rango	15-74					
Situación migratoria							
	Pase local	45	88.2	24	82.8	69	86.3
	Permiso de trabajo	1	2.0	0	0	1	1.3
	No cuenta con documentos	2	3.9	1	3.4	3	3.8
Hijos							
	Media	1.9					
	Desviación estándar	1.4					
	Rango	1-7					
Escolaridad							
	Con escolaridad	32	62.7	18	62.1	50	62.5
	Sin escolaridad	19	37.3	11	37.9	30	37.5
	Media (años)	3.8					
	Desviación estándar	1.4					
	Rango	1-8					
Estado civil*							
	Vive en unión libre	31	60.8	19	65.5	50	62.5
	Soltero	11	21.6	9	31.0	20	25.0
	Casado	7	13.7	0	0	7	8.8
	Viudo	1	2.0	0	0	1	1.3
	Separado	0	0	1	3.4	1	1.3

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre del 2010.

En este sentido, el personal administrativo informó que el sector productivo ha realizado algunas acciones de colaboración con el INM. De hecho, se cuenta con un formato de registro que es avalado por esta instancia, en el cual se documenta la fecha, el nombre del trabajador/a y número de los acompañantes (menores de edad).

Fuerza de trabajo

De manera permanente la unidad productiva seleccionada alberga entre 40 y 50 TAM. Esta población es mayoritariamente masculina (89%) y tiene cierta permanencia en la finca debido a que desarrollan las tareas de preparación de la tierra, previo a la temporada de cosecha. En temporada de cosecha la población de la finca se eleva a 250 personas. Para el mes de noviembre, periodo en el que se realizó el trabajo de campo, la finca contaba con 120 TAM y esperaba contratar a otros 100 para el mes de enero que es cuando se reincorporan al trabajo.

Los TAM llegan a la unidad productiva por cuenta propia, ya que la administración no opera con la figura del contratista. Durante la última cosecha, los TAM viajaron de Guatemala hacia México, en promedio tres veces dentro de un periodo de seis meses. Asimismo, se confirma que su llegada a territorio chiapaneco obedece a la búsqueda de empleo, no así a la intención de llegar a los Estados Unidos

(cuadro 6). Al momento de realizar las entrevistas en profundidad los TAM refirieron que, en este viaje habían permanecido en la finca dos o tres meses; y se constató que tienen poca movilidad hacia otras fincas de la región.

La mayoría de los TAM llegan a la finca acompañados de algún familiar. No obstante, existe una tendencia de aumento de las mujeres solas que se desplazan con sus hijos/as más pequeños para incorporarse al trabajo en fincas. Los registros de ingreso de la última cosecha, muestran que el 11% de la mano de obra eran mujeres.

División del trabajo y modalidad de contratación

La jornada de trabajo se realiza de las 6 a las 14 horas, con media hora de descanso. En su mayoría los TAM son contratados por un periodo de 30 días (cuadro 7).El pago por jornada es de $60 al día, con derecho a comida y libres pagos puntuales, por lo que el salario promedio en temporada de cosecha es de $1,800 pesos. Los finqueros permiten que los TAM se acompañen por su esposa e hijos, y se les extiende a ellos el derecho a vivienda y comida.

Cuadro 7. **Movilidad y trayectoria laboral, Finca Guadalupe Zajú**

Variable			**Hombres**		**Mujeres**		**Total**	
			N	**%**	**n**	**%**		
Número de veces que ha salido de su país en los últimos seis meses								
	Media		3.5					
	Desviación estándar		1.9					
	Rango		1-8					
Ha sido deportado:								
	No		50	98.0	29	100	79	98.8
	No responde		1	2.0	0	0	1	1.3
Ha llegado a los EUA:								
	No		49	96.1	29	100	78	97.5
	No responde		2	3.9	0	0	2	2.5
Razón por la que vino a México								
		Trabajo	48	94.1	25	86.2	73	91.3
		Familia	0	0	3	10.3	3	3.8
A qué se dedica en la finca:								
		Trabajo en el campo	51	100	19	65.5	70	87.5
		Labores domésticas (limpieza)	0	0	5	17.2	5	6.3
		Cocinera	0	0	5	17.2	5	6.3
Tipo de contratación/pago								
		Por quincena/mes	19	38.0	12	57.1	31	43.7
		Por destajo/costal	8	16.0	2	9.5	10	14.1
		Por día	3	6.0	5	23.8	8	11.3
		Por tarea	6	12.0	1	4.8	7	9.9
		Cada 21 a 25 días	4	8.0	1	4.8	5	7.0
		Por cuerda	4	8.0	0	0.0	4	5.6
		Cada 18 a 20 días	3	6.0	0	0	3	4.2
		Por kilo	2	4.0	0	0	2	2.8
		Otro	1	2.0	0	0	1	1.4

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre del 2010.

Algunos TAM optan por contratos a destajo y realizan actividades por la tarde, el 24% de los encuestados se desempeña en esta modalidad. Asimismo, el propietario comentó que han comenzado a implementar un esquema de pago/contratación por hora. Dicha modalidad, generalmente se aplica para el corte del café, se comentó que una caja con diez kilos es pagada en $80 pesos. Las tareas, como por ejemplo el "chaporro", se cobran en $25 pesos por cuerda. En este caso, la cuerda es el pasillo cómo se organiza el terreno en el cafetal.

A lo largo del año, las actividades en la finca se organizan en dos fases. Entre enero y agosto, se realizar el manejo de cultivo, recolección de granos con broca y preparación de la nueva cosecha. Paralelamente, se realizan actividades de conservación de suelos y especies animales, dentro de la reserva natural de la propiedad. En una segunda fase (septiembre-diciembre), las actividades se enfocan exclusivamente a la cosecha del café. Por lo que toca a la división del trabajo, el administrador de la finca comentó que cuando no es temporada de cosecha, las mujeres se dedican a tareas de preparación de la tierra: aplicación de fertilizantes y granulados, así como a la limpieza de las matas de café. Los resultados de la encuesta indican que en temporada de cosecha, el 88% de la mano de obra se dedica a actividades en el campo, sólo una pequeña proporción de mujeres realiza labores de limpieza y preparación de alimentos.

Las diferencias culturales y religiosas en la población no se ubican como un obstáculo de convivencia, aun cuando provienen de comunidades con prácticas disímiles (comunidades serranas de Huehuetenango y de la costa de San Marcos). En este sentido, el 99% de los encuestados dijo que no habla ninguna lengua indígena.

4.2.3 Principales necesidades de SSR en TAM

Las metodologías cualitativas y cuantitativas empleadas para la realización del diagnóstico permitieron identificar las principales necesidades de SSR en la población de los TAM, durante su estancia fincas. Los ejes temáticos que articularon el análisis fueron: Percepción sobre DSR, Comportamiento sexual y uso del condón, Embarazo y anticoncepción, Información sobre VIH/SIDA/ITS y Violencia basada en género.

Percepción sobre derechos sexuales y reproductivos

La encuesta indica que la percepción de los TAM acerca del derecho a la libre elección de pareja, a decidir sobre el número de hijos que se desea tener, así como al uso de anticonceptivos, es positiva sin mostrar diferencias significativas entre las respuestas de los hombres y las mujeres. Un porcentaje significativo de mujeres (36%) dijo que estaría de acuerdo con la interrupción del embarazo en caso de una violación (cuadro 8). Los varones desaprueban el aborto en los casos que falla el método anticonceptivo (61%) o cuando se presenta una situación de riesgo en la salud de la mujer (60%).

Cuadro 8. **Percepción sobre derechos sexuales y reproductivos**

Variable	Hombres		Mujeres		Total	
	%	n	%	n	%	
Decidir sobre el número de hijos						
De acuerdo	76	85.4	48	90.6	124	87.3
Desacuerdo	2	2.2	1	1.9	3	2.1
No responde	11	12.4	4	7.5	15	10.6
Acceso a métodos anticonceptivos						
De acuerdo	61	68.5	41	77.4	102	71.8
Desacuerdo	16	18.0	7	13.2	23	16.2
No responde	12	13.5	5	9.4	17	12.0
Interrumpir el embarazo por motivo de violación						
De acuerdo	26	29.2	19	35.8	45	31.7
Desacuerdo	40	44.9	18	34.0	58	40.8
No responde	23	25.8	16	30.2	39	27.5
Interrumpir el embarazo por motivos de salud						
De acuerdo	11	12.4	14	26.4	25	17.6
Desacuerdo	53	59.6	21	39.6	74	52.1
No responde	25	28.1	18	34.0	43	30.3
Interrumpir el embarazo porque falló el método anticonceptivo						
De acuerdo	10	11.2	9	17.0	19	13.4
Desacuerdo	54	60.7	23	43.4	77	54.2
No responde	25	28.1	21	39.6	46	32.4
Elección libre de pareja						
De acuerdo	4	4.5	2	3.8	6	4.2
Desacuerdo	59	66.3	32	60.4	91	64.1
No responde	26	29.2	19	35.8	45	31.7

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre del 2010.

Embarazo y anticoncepción

La mayoría de las mujeres no acuden a revisiones ginecológicas en los servicios gubernamentales de su país de origen ni durante su estancia en fincas cafetaleras de Chiapas. Aquellas que tienen un acercamiento a los servicios médicos lo hacen para realizar sus controles prenatales. Pocas mujeres se practicaron exámenes ginecológicos, como el Papanicolaou, en centros de salud de Guatemala.

Aún cuando la atención ginecológica es gratuita en los servicios de salud en Guatemala, las mujeres no perciben como necesario el acercamiento. Tienen la percepción de que la medicina preventiva (en cualquier área) es limitada por las dificultades de acceso geográfico, por lo que sólo acuden a los servicios médicos por motivos de urgencia. El cuidado de la SSR se encuentra condicionado por las prácticas socio-culturales y religiosas que obstaculizan el acercamiento de las mujeres a los servicios de salud. No obstante, las entrevistas mostraron cierta tendencia de cambio en las mujeres más jóvenes.

Cuadro 9. **Embarazo**

Variable		N	%
Alguna vez ha estado embarazada:			
	Sí	36	85.7
	No	4	9.5
Partos*			
	Media	2.7	
	Desviación estándar	3.2	
	Rango	1-16	
Qué edad tenía cuanto tuvo a su primer hijo:			
	Media	18.8	
	Desviación estándar	3.9	
	Rango	14-32	

*Ninguna de las mujeres entrevistadas tuvo a sus hijos por medio de cesárea. Dos declararon haber sufrido un aborto.
Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre 2010

La encuesta indica que el 86% de las mujeres que iniciaron su vida sexual han estado embarazadas alguna vez, tuvieron su primer hijo alrededor de los 18 años y en promedio han tenido tres partos (cuadro 9). Las entrevistas en profundidad señalan que la mayoría de las mujeres han tenido partos naturales y el número de cesáreas es reducido; la pérdida del embarazo no es común entre este grupo móvil a pesar de que los controles y exámenes ginecológicos están ausentes.

Cuadro 10. **Anticoncepción**

Variable		n	%
Alguna vez ha usado algún método anticonceptivo:			
	Sí	4	9.5
	No	36	85.7
Actualmente qué método anticonceptivo utiliza:*			
	Inyecciones	1	100
Motivo para no usar un método anticonceptivo:			
	Por desconocimiento de métodos	17	43.6
	Su pareja no está de acuerdo	10	25.6
	No tiene pareja estable/sentimental	5	12.8
	No le gusta usar métodos anticonceptivos	4	10.3
	Busca el embarazo	1	2.6
	Se operó para no tener hijos	1	2.6
	Por confianza en la pareja	1	2.6

*Solamente una mujer declaró que actualmente utiliza un método anticonceptivo.

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre 2010.

La mayoría de las TAM (86%) que tienen una vida sexual activa, no usan métodos anticonceptivos. El 26% ha decidido no planificar debido a que su pareja no está de acuerdo y el 23% porque no les gusta o porque no tienen pareja sentimental (cuadro 10). Las entrevistas en profundidad confirmaron que la decisión de las mujeres de no usar métodos anticonceptivos se basa en el desconocimiento de los métodos y/o en la imposición de la pareja. La mayoría de los hombres expresó que no considera necesario el uso de métodos anticonceptivos hormonales, pues piensan que es mejor optar por medios naturales o quirúrgicos. Buena parte de los varones comentó que "controlan" el número de hijos que desean tener a través del "ritmo".

Violencia basada en género

Los TAM no reportan situaciones de violencia en el contexto laboral. En el último año, ninguno reportó haber sido menospreciado o criticado, tampoco reportaron que alguien amenazara su integridad ni fueron forzados a tocamientos o a sostener relaciones sexuales en contra de su voluntad. Los TAM coinciden en percibir el espacio de la finca como un lugar seguro; aunque no tienen información sobre instituciones que puedan apoyarlos en caso de sentirse discriminados o maltratados, los TAM tienen confianza en los administradores de la unidad productiva para acercarse en casos de violencia.

Respecto a la problemática de la violencia intrafamiliar, algunas mujeres perciben que en la finca se presentan más casos de abuso entre las parejas que en sus comunidades de origen. Por el contrario, los varones aprecian que las mujeres se encuentran más vulnerables a la violencia sexual en Guatemala.

Es en el trayecto entre sus comunidades de origen y la unidad productiva en donde perciben más la violencia, no por parte del contratista o de las autoridades policiales o migratorias, sino por parte de las organizaciones delictivas. Varios TAM refirieron que han sido víctimas de asaltos y amenazas no sólo en el recorrido hacia la finca, sino durante sus traslados cotidianos de la unidad productiva hacia comunidades cercanas. Para las mujeres, salir de la finca para abastecerse de mercancías representa un riesgo a su integridad, incluso mencionaron que han existido casos de violencia sexual y asaltos al transporte público que transita por la zona. Sin embargo, no se identifica la puesta en marcha de alguna estrategia de protección por parte de los empleadores ante estos casos de violencia; incluso la solidaridad entre las propias mujeres se encuentra ausente.

Información sobre VIH/SIDA/ITS

Poco más de la mitad de los TAM encuestados han oído hablar del VIH/SIDA y otras ITS. Los varones tienen mayor información que las mujeres, e identifican estrategias para prevenir la infección del VIH. El 56% de la población masculina reportó que la mejor manera de evitar la transmisión del VIH es a través del uso del condón, en tanto que el 34% comentó que la mejor vía es la abstinencia (cuadro 11); entre la población femenina estas proporciones fueron de 46%.

Aunque los TAM cuentan con cierta información sobre estas infecciones, los relatos recabados en las entrevistas muestran la persistencia de mitos sobre la infección y escaso conocimiento sobre las vías de transmisión, ya que ningún participante identifica las vías de transmisión sanguínea y perinatal. Aunque la mayoría de TAM desconoce la existencia de otras ITS, afirman que nunca han sufrido un padecimiento de este tipo. Son pocas las mujeres que estarían interesadas en profundizar su conocimiento al respecto; muchas perciben que este tipo de información es necesaria para sus hijas e hijos pero no para ellas mismas.

Cuadro 11. **Información sobre VIH/SIDA e ITS según sexo**

Variable	**Hombres**		**Mujeres**		**Total**	
n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Sabe si hay algo para evitar contagiarse del VIH/SIDA						
Sí	49	55.1	28	52.8	77	54.2
No	40	44.9	25	52.8	65	45.8
Estrategias para prevenir el contagio						
Usar condón	29	59.2	6	46.2	35	56.4
No tener relaciones sexuales	15	30.6	6	46.2	21	33.9
Tener relaciones sólo con su pareja	5	10.2	0	0	5	8.1
Otro*	0	0	1	7.6	1	1.6

*No estar en contacto con personas infectadas.
Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre 2010.

Ninguna mujer percibe que durante su estancia en la finca se encuentre en riesgo de infección por el VIH. En sus comunidades de origen conocen pocos casos de personas con la enfermedad y dicen no discriminarlas. Los hombres y mujeres jóvenes tienen mayor información sobre las ITS y el VIH/SIDA, debido a las campañas de difusión que se implementan en las escuelas públicas de su país.

Comportamiento sexual y uso del condón

Las mujeres iniciaron su vida sexual alrededor de los 16 años de edad, en tanto que los varones lo hicieron cuando tenían en promedio 18 años. Al momento del trabajo de campo, 8% de las mujeres y 6% de los hombres no había tenido su primera relación sexual. El 99% de los TAM comentó que sus relaciones sexuales son con pareja estable (cuadro 12).

El 84% de los TAM no utilizó condón en su última relación sexual. El 49% expresó que no tiene información o no conoce nada respecto al uso del condón. Poco más del 20% de los encuestados ha recibido condones de manera gratuita a través de los consultorios médicos de las unidades productivas seleccionadas (cuadro 12).

Las entrevistas en profundidad señalan que las mujeres no demandan el uso del condón a sus parejas y, a pesar de que los varones tienen mayor información sobre el uso del condón, no consideran que sea necesario aplicarlo en su vida sexual pues confían en la fidelidad de su pareja.

Cuadro 12. **Características sobre el comportamiento sexual**

Variable	Hombres		Mujeres		Total	
	%	n	%	n	%	
Edad de la primera relación sexual:						
No ha tenido relaciones sexuales	9	6.3	11	7.7	20	14.1
Media	17.4					
Desviación estándar	3.3					
Rango	8-32					
Sus relaciones sexuales son:						
Con pareja estable	55	98.2	27	100	82	98.8
Con pareja de una sola vez	1	1.8	0	0	1	1.2
No ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses	22	28.2	14	34.1	36	30.3
En su última relación sexual utilizó condón:						
Sí	11	19.6	2	7.4	13	15.7
No	45	80.4	25	92.6	70	84.3
¿Por qué no lo utilizó?*						
Le causa molestia o irritación	45	100	25	100	70	100
No era necesario	45	100	25	100	70	100
Buscaba el embarazo	45	100	25	100	70	100
No lo conocía	22	48.9	12	48.0	34	48.6
Tiene confianza en su pareja	10	22.2	3	12.0	13	18.6
Los condones no sirven	2	4.4	1	4.0	3	4.3
Se siente mejor sin condón	2	4.4	1	4.0	3	4.3
No había disponibles	1	2.2	0	0	1	1.4
Su pareja se niega a usarlo	0	0	7	28.0	7	10.0
Le han proporcionado condones de manera gratuita:						
Sí	23	25.8	12	22.6	35	24.6
Quién o dónde lo hizo:						
Consultorio de la finca	22	24.7	12	22.6	34	23.9
Casa Roja del INM	1	1.1	0	0	1	0.7

*Los entrevistados pueden haber mencionada más de un motivo para no utilizar el condón.
Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2009, 1er. Semestre 2010.

Parte III. La respuesta social en salud

4.3.1 El sector productivo y los servicios gubernamentales de salud

En la Ciudad de Tapachula, el primer antecedente de los servicios médicos del IMSS se remonta a 1927, con la instalación de un pequeño sanatorio en la finca cafetalera Las Maravillas. Dicho servicio médico estaba destinado a la atención de los trabajadores de la finca y sus familiares y operaba con recursos de los dueños de la propiedad. Se tiene registro de que allí se atendían problemas de salud como diarreas, calenturas, piquetes de insectos, mordeduras de víboras e infecciones en los ojos, como la oncocercosis. No fue sino hasta 1956, cuando se dio la formalización del vínculo entre las instituciones de seguridad social y el sector productivo del café, con la celebración del primer convenio de colaboración entre las partes. Dicho modelo de colaboración operó con éxito durante 20 o 25 años, al establecer que cada propietario debía pagar una cuota anual (menor al 5% del salario), que les daba acceso a cinco consultas por hectárea de la finca. En aquella época, los TAM tenían acceso a un paquete básico de servicios de salud, que también brindaba cobertura a sus familias; la referencia a segundo nivel de atención en caso de accidentes laborales, también estaba contemplada. El servicio médico para las mujeres embarazadas incluía tanto los exámenes de seguimiento como la atención del parto; los recién nacidos quedaban protegidos por extensión del padre y las relaciones de parentesco eran registradas en los pases de consulta médica.

Con el paso de los años, el criterio de entrega de pases de consulta por hectárea, comenzó a ser cuestionado por los pequeños propietarios y por los ejidatarios, por considerarse en desventaja con respecto a los finqueros. Aunado a lo anterior, la falta de control en la entrega de los pases y la alusión a prácticas de corrupción entre los administradores de las haciendas, contribuyeron al debilitamiento del vínculo entre los servicios gubernamentales de salud y el sector productivo.

El deterioro del vínculo entre las partes se agudizó durante la década de los ochenta. Las autoridades del IMSS (Delegación Tapachula) expresaron a los representantes del sector productivo, la decisión de finiquitar el sistema de convenios con las fincas. Lo anterior, a pesar de que dicho modelo había sido replicado en otros estados del país, entre ellos Sinaloa, Sonora y Chihuahua. Esta ruptura en el nivel local, se enmarcó en un proceso de reformas al sistema de seguridad social. Las modificaciones a la Ley del IMSS (1995) derivaron en una disminución de la subsidiariedad de los servicios de salud. Como resultado de dicha transición se dio un incremento de la demanda de los servicios privados de salud. Aunque se sabe que existieron algunas alternativas de negociación entre las partes, el sector productivo definió que no podía asumir el incremento de las cuotas que pedía el IMSS. En respuesta, a partir del 2000, los propietarios de las fincas cafetaleras del Soconusco optaron por implementar un sistema de salud privado, por lo que se desconoce la viabilidad de una reactivación del vínculo entre las partes.

Entre el sector productivo del café y los servicios gubernamentales de salud representados SSA-JS VII, no ha existido un vínculo permanente u oficial. Históricamente el acercamiento de los TAM hacia los servicios de salud de la SSA, se ha realizado de manera informal ya que el personal médico los reporta como parte de la población abierta. A partir de 2010, en el marco de la estrategia estatal de salud se inició con la expedición de la "Cartilla de Salud del Migrante", en un intento por facilitar el acercamiento hacia los servicios gubernamentales de salud, por parte de las poblaciones móviles y migrantes (únicamente con cobertura dentro de la entidad). No obstante, en condiciones de movilidad el condicionamiento de la prestación del servicio a la presentación de la "documento probatorio", podría ser una limitante de su eficiencia.

En este sentido, las recientes reformas a la Ley General de Población, indican que los migrantes en tránsito por México tienen derecho a recibir atención médica de urgencia. La prestación de dicho servicio de salud recaería en los servicios gubernamentales de salud de la SSA. Sin embargo, no queda clara la aplicación de esta normatividad en la población móvil de los TAM. Los factores que dificultan el establecimiento de una vía de acceso a los servicios de salud públicos, están relacionados con el hecho de que los TAM se internan en México por motivos laborales y su estancia es temporal. En este sentido, no cumplen con el perfil contemplado en la LGP, por lo que en reconocimiento de la dinámica transfronteriza, habrá que observar las particularidades de su aplicación en el Estado de Chiapas.

4.3.2 Geo-referencia de los servicios gubernamentales de salud

Con la finalidad de profundizar en la dinámica de acceso a la atención médica por parte de los TAM, se realizó un mapeo de geo-referencia de los servicios gubernamentales de salud próximos a las 13 fincas administradas por Grupo AMSA y Grupo Luttmann. Los resultados del mapeo se presentan de forma ampliada en el ANEXO 1: Resultados del mapeo de geo-referencia de servicios gubernamentales de salud. El estudio profundizó en la disponibilidad de infraestructura en salud cercana a las dos fincas seleccionadas para llevar a cabo el trabajo de campo: Génova y Guadalupe Zajú.

Como parte de los resultados de dicha geo-referencia, se encontró que los servicios gubernamentales de salud que brindan atención de primer nivel, próximos a la Finca Génova son: 1) UMR Zaragoza del Programa IMSS-Oportunidades, 2) UMR Mario Souza del Programa IMSS-Oportunidades, 3) UMR Santa Elena del Programa IMSS-Oportunidades 4) UMR Santa Anita del Programa IMSS-Oportunidades.

Paralelamente, se observó que los servicios médicos de primer nivel y carácter público, más cercanos a la Finca Guadalupe Zajú son: 1) UMR Santa Rita del Programa IMSS-Oportunidades, 2) UMR Mario Souza del Programa IMSS-Oportunidades, 3) UMR Nuevo Chespal del Programa IMSS-Oportunidades y 4) UMR Toquián Chiquito del Programa IMSS-Oportunidades. En un punto intermedio, se ubican la UMR Santa Elena y Veintiséis de Octubre ambas adscritas al IMSS-Oportunidades.

En un punto más lejano, en relación a las dos fincas, se ubica el Centro de Salud "El Edén", adscrito a la JS VII-Tapachula de la SSA. Tanto por parte de la SSA como del IMSS-Oportunidades, la referencia al segundo nivel de atención se ubica en la Ciudad de Tapachula, localizada a dos horas de las unidades productivas seleccionadas.

4.3.3 Modelos de atención de la salud en fincas

En la actualidad se distinguen, por lo menos, dos modelos de atención médica instrumentados al interior de las fincas cafetaleras de Soconusco. Las unidades productivas seleccionadas para llevar a cabo el estudio ilustran ambos esquemas de atención.

Modelos de atención médica en fincas



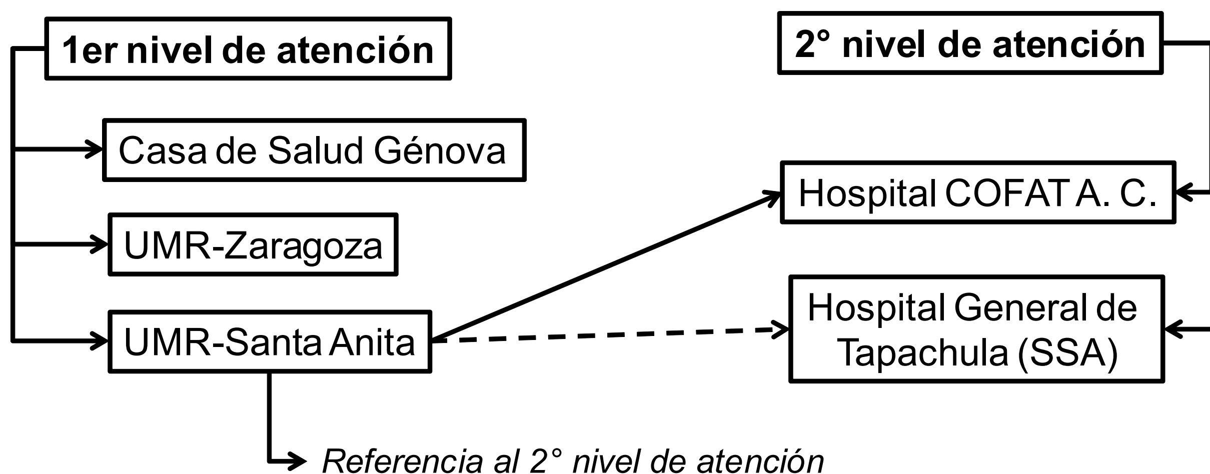
Grupo Luttmann

La Finca Génova, ha desarrollado una respuesta social en salud basada en un esquema de atención mixto: público y privado. La atención médica de primer nivel se apoya en los servicios gubernamentales de salud, en específico en el Programa IMSS-Oportunidades, en tanto que los servicios médicos de segundo nivel se derivan al COFAT (Ciudad de Tapachula), que pertenece al sistema de salud privado. Anteriormente, la referencia al segundo nivel de atención se realizaba también hacia el Hospital General de Tapachula (SSA).

Hace cinco años, con el objetivo de brindar atención médica de primer nivel los dueños de la propiedad, se acercaron al Programa IMSS-Oportunidades a fin de instalar una Casa de Salud en la propiedad. Los servicios de promoción de la salud que se ofertan en este pequeño consultorio son: vacunación, SSR (planificación familiar y entrega de método anticonceptivo), control nutricional, control de embarazo (dotación de vacuna toxoide, ácido fólico y fumarato ferroso) y promoción de talleres comunitarios en donde se abordan diversas temáticas de salud preventiva con carácter mensual.

La unidad otorga consultas médicas los sábados, en un horario de 8 a 14 horas. La encargada del consultorio es una promotora de acción comunitaria. En este sentido, se pudo observar que el perfil de la promotora y el condicionamiento del Programa IMSS-Oportunidades al trabajo voluntario, operan como limitantes del horario de atención y de la calidad de los servicios que otorga la casa de salud.

Figura 4. **Esquema de salud aplicado en fincas**



De acuerdo con el sistema de registro, la unidad médica brinda cobertura a seis familias afiliadas al Programa y, de manera paralela, ofrece atención a 22 familias migrantes que viven permanentemente en la finca. La población móvil que llega a la propiedad en temporada de cosecha (septiembre-marzo), está conformada por 12 familias que también tienen acceso a los servicios del consultorio. Los propietarios de la finca apoyan con las instalaciones y medicamentos para la operación de la casa de salud. Las limitantes de operación de la unidad de salud en Génova, han sido subsanadas con la intervención del personal de salud (1 médico y 1 enfermera) de la UMR-Santa Anita, ubicada a 30 o 40 minutos de la propiedad. Los días martes y jueves, el personal de la UMR acude a la finca para realizar revisiones clínicas y en caso de presentarse complicaciones que requieran hospitalización, el médico realiza la referencia del paciente. El propietario de la finca apoya con el traslado del médico de Santa Anita.

Las urgencias médicas asociadas a la epidemiología ocupacional (cortaduras, heridas y en pocos casos, mordeduras de víboras y arañas) son atendidas en la UMR-Zaragoza, ubicada a 30 minutos de la finca. Paralelamente, el personal administrativo (o “planilleros”) y el personal de supervisión en campo (“caporales” o responsables de cuadrilla), se desempeñan como promotores de salud en la atención de urgencias médicas. Para ello, se les ha dotado de un botiquín de primeros auxilios y una pequeña capacitación para poder brindar la atención.

Los TAM de la finca acuden a la UMR-Zaragoza para completar los esquemas de vacunación de sus hijos; algunas mujeres acuden a dicha unidad para practicarse revisiones y exámenes ginecológicos. Durante la visita de campo, el personal médico de la UMR comentó que en Génova vive una pareja guatemalteca que tuvo resultado reactivo para el VIH; sin embargo, no se ha dado seguimiento al caso. En la UMR-Zaragoza, se brinda el servicio a población abierta sin importar que no se encuentren incorporadas al Programa IMSS-Oportunidades, o sean migrantes.

Para el seguimiento del embarazo, la casa de salud canaliza a las mujeres embarazadas en tercer trimestre de gestación hacia el COFAT (ubicado a hora y media de la finca), con la finalidad de realizarles un ultrasonido y detectar síntomas de riesgo y posible fecha de parto. El costo de los exámenes y el traslado de las mujeres hacia el hospital, es asumido por el propietario de la finca. Si los exámenes

clínicos no reportan complicaciones, las mujeres tienen la opción de atenderse con las parteras de la finca o de alguna comunidad cercana; en caso de requerir hospitalización las mujeres se canalizan hacia el COFAT, y en segunda instancia, al Hospital General de Tapachula (SSA), ambos se ubican a más de dos horas de distancia.

Durante la visita de campo se constató que en la finca existen dos parteras sin certificación, originarias de Guatemala; asimismo, se identificó que en la comunidad Zaragoza operan dos parteras certificadas por IMSS-Oportunidades. En este sentido, la "promotora comunitaria" de Génova comentó que debido a obstáculos culturales y de religión, las parteras guatemaltecas identificadas en la finca, no han aceptado adherirse al programa de certificación. El programa de parteras del IMSS-Oportunidades incluye capacitaciones bimestrales y un apoyo mínimo con material clínico: guantes y gasas.

La partera que opera en la finca, comentó que las embarazadas se acercan con ella por la confianza que les inspira que las revise otra mujer y no el médico que es varón; además de que existen vínculos de amistad por compartir el origen guatemalteco. Expresó que los partos que ha atendido no han presentado ninguna complicación; mencionó que luego del parto las mujeres y los recién nacidos son trasladados al COFAT para una revisión médica

En el consultorio médico, se difunde información visual relativa a métodos de anticoncepción, sexualidad y vida en pareja. En su mayoría, estos materiales de difusión son gráficos, aunque poco claros en términos de contenido.

Grupo AMSA

Por otro lado, la Finca Guadalupe Zajú ha desarrollado una respuesta social en salud que se basa en un modelo privado de prestación de servicios básicos de atención. A raíz de la ruptura con el IMSS, la organización productiva paulatinamente fue conformando una respuesta local dirigida a facilitar el acceso a servicios que corresponden al primer nivel de atención a la salud. En este marco, los empleadores han contratado a un médico que es responsable de prestar la atención a las siete fincas aglutinadas en la organización. Por tanto, el esquema de financiamiento implementado para la contratación de personal, la manutención del consultorio, la compra de medicamentos y el transporte es de carácter privado. En este esquema los TAM no pagan ningún costo por los servicios y medicamentos, ya que éstos son absorbidos por el propietario.

La prestación del servicio médico se realiza una vez por semana en cada una de las siete fincas que conforman el Grupo AMSA. Además de ofertar la consulta médica por libre demanda, el médico realiza una revisión médica a todos los TAM al momento de su ingreso en la finca. De igual manera, está encargado de las actividades de "control sanitario" en bodegas (hay un formato para ello). Asimismo, el profesional contribuye a actualizar diariamente el sistema de registro clínico-epidemiológico interno en las fincas. Sin embargo, el registro de las acciones de salud pública y de atención básica, no está vinculado con el sistema desarrollado por el sector público.

En Guadalupe Zajú, se cuenta con un consultorio integrado por dos habitaciones. Éste se ubica al frente de las oficinas administrativas y a lado del dormitorio 1 cuenta con un escritorio, una cama de observación y un gabinete para medicamentos. El consultorio médico es de dimensión adecuada, presentaba buenas condiciones de aseo y orden. La atención médica se realiza los miércoles en el horario de 14 a 19 horas. El consultorio no cuenta con sala de espera, sólo con asientos donde la gente espera al aire libre, tampoco se dispone de material de difusión sobre promoción de la salud. En la primera habitación del consultorio se observan carteles que promueven la prevención del VIH/ITS y la no discriminación. En este servicio no hay que sacar ficha, los pacientes son atendidos a medida que llegan y la consulta es fluida. Cuando el médico se está ausente y se presenta alguna emergencia médica, el encargado o administrador se contacta con el médico responsable para realizar la consulta vía telefónica y atender la situación (por ejemplo, mordeduras de víbora, cortaduras, etc.).

En el consultorio se prestan servicios básicos de atención a la SSR de las TAM. Particularmente, se realiza el control prenatal a mujeres embarazadas (identificación de signos y síntomas de riesgo, vitaminas, ácido fólico y complejo B). Hasta el mes de noviembre, en el consultorio de la Finca Guadalupe el médico había atendido a dos mujeres embarazadas. Aun cuando los datos de las mujeres embarazadas se registran en la hoja de consulta diaria, en el consultorio no se cuenta con ningún formato específico para llevar el seguimiento del embarazo. Es relevante señalar que durante el trabajo de campo se iden-

tificaron y realizaron entrevistas a mujeres embarazadas, las cuales no habían acudido a los servicios brindados en la finca. Desde la perspectiva del médico, existen diversos factores culturales que intervienen en la búsqueda de atención prenatal, particularmente, aquellos que se asocian a preceptos religiosos.

En el consultorio se brindan anticonceptivos inyectables (bimensual) para las mujeres que lo solicitan por libre demanda. Los insumos son cubiertos por los propietarios y se suministran de acuerdo a existencias. Respecto a las ITS se comentó que son padecimientos poco frecuentes en la población de TAM; y no se reportó la identificación de ningún caso de VIH.

Asimismo, en el consultorio de la unidad productiva se han atendido partos de urgencia. Sin embargo, el protocolo que generalmente se aplica consiste en que el médico realice la referencia para las unidades de segundo nivel que se ubican en la Ciudad de Tapachula. Esto es así porque el consultorio médico cuenta con una escasa infraestructura que no cubre los insumos básicos para atender alguna complicación que ponga en riesgo al niño y/o la madre. En estas condiciones, se reportó que hasta el mes de noviembre de 2010, sólo se había atendido un parto de urgencia en la finca (17 de enero).

Durante el trabajo de campo se entrevistó a una de las parteras que opera en coordinación con los servicios gubernamentales de salud (SSA), en el Ejido Mexiquito (ubicado a 10 minutos dela unidad productiva). Refirió que las mujeres se acercan a ella a partir del tercer y cuarto mes de embarazo, en su mayoría, las mujeres que acuden a solicitar sus servicios son mexicanas, sin embargo, también atiende a las TAM que laboran en las fincas Guadalupe Zajú, Chanjul y San Ramón.

Mencionó que por colaborar con los servicios gubernamentales de salud, recibe un apoyo económico de $300 pesos mensuales, así como compensaciones por gastos de transportación. Explicó que gracias a la capacitación que recibe por parte del centro de salud, se han concientizado sobre la importancia de no atender embarazo(s)-parto(s) que puedan ser de alto riesgo y derivarlos a los servicios gubernamentales. El personal de salud la apoya con alcohol, gasas y tijeras quirúrgicas; ella a cambio debe registrar la atención médica (formato censo de embarazadas), para entregársela al médico del centro de salud.

Los casos de urgencia (generalmente partos, picaduras, fracturas y otros daños ocupacionales) son referidos por el médico hacia el COFAT o al Hospital General de Tapachula (SSA). Para ello, el médico llena la hoja de referencia para tramitar el ingreso y traslada al paciente hacia las unidades de segundo nivel que se ubican en Tapachula. El tiempo de traslado desde la finca hasta el hospital es de aproximadamente una hora y media. En este contexto, la inaccesibilidad geográfica y la mala infraestructura carretera constituyen obstáculos prioritarios para la atención de casos de urgencia.

Una vez que han trasladado al paciente a esta unidad, el médico recibe a nombre del paciente y paga los servicios con una "caja chica" que ha sido subsidiada por el empleador. A decir del médico que labora en la finca, este esquema de colaboración ha permitido sortear los obstáculos de acceso a los servicios gubernamentales de salud que se asocian a la sobrecarga de trabajo que enfrentan las unidades de segundo nivel de atención a la salud de la SSA. Además se asevera que en el Hospital General (SSA), el costo de los servicios aumenta al momento de reportar que el paciente es trabajador de la finca, ya que se exigen costos que elevan el tabulador por considerar la obligación que tiene el propietario de la finca para garantizar el pago de los servicios médicos.

4.3.4 Monitoreo del sistema de información sobre atención médica a migrantes en fincas

Perfil de daños a la salud

En Finca Génova, los registros diarios de consulta (agosto-noviembre de 2010), indican que lo problemas de salud más frecuentes entre los TAM son las enfermedades respiratorias (34%) y gastrointestinales (24%). Tal como se muestra en el cuadro 13, en menor medida, se atienden casos de dolor de cabeza (8%), fiebre (6%), dolor de cuerpo (6%), desnutrición (5%) y hongos en los pies (5%).

Cuadro 13. **Principales problemas de salud, diferenciados por sexo, Finca Génova**

Variable	Mujeres	%	Hombres	%
Enfermedades respiratorias	38	39.6	19	24.7
Enfermedades gastrointestinales	19	19.8	21	27.3
Dolor de cabeza	8	8.3	5	6.5
Fiebre	7	7.3	3	3.9
Dolor muscular	2	2.1	7	9.1
Desnutrición	6	6.3	6	7.8
Infecciones en la piel	4	4.2	6	7.8
Hongos en los pies	4	4.2	5	6.5
Dolor de muelas	2	2.1	3	3.9
Heridas	2	2.1	0	0.0
Dolor de oídos	0	0.0	1	1.3
Embarazo	4	4.2	0	0.0
Agotamiento	0	0.0	1	1.3

Fuente: Elaboración propia con base en el reporte diario de consultas médicas, agosto-noviembre de 2010.

Se observó que los varones se encuentran en mayor riesgo ante las enfermedades asociadas a la epidemiología ocupacional. Los datos muestran que es baja la demanda de servicios de SSR por parte de las mujeres. Tan sólo el 4% acudió a consulta para recibir atención prenatal y no existen reportes de que alguna de ellas haya recibido apoyo para la planificación familiar o para el tratamiento de ITS (cuadro 13).

Por otro lado, en la Finca Guadalupe Zajú se identificó que el principal motivo de consulta fueron entre los y las TAM fueron las enfermedades respiratorias (30%), las infecciones en vías urinarias (14%), infecciones en la piel (12%), enfermedades gastrointestinales (11%) y debilidad (10%). En menor medida, la población se vio afectada por dolores musculares, caries molares, ansiedad, infecciones en los ojos y quemaduras. Sobresale que las heridas y los hongos en los pies, comúnmente asociadas a la epidemiología ocupacional de los TAM, tengan bajos porcentajes de participación en la estadística (cuadro 14).

Cuadro 14. **Principales problemas de salud, diferenciados por sexo, Finca Guadalupe Zajú**

Variable	Mujeres	%	Hombres	%
Enfermedades respiratorias	20	27.0	35	32.4
Enfermedades gastrointestinales	12	16.2	6	5.6
Infecciones en la piel	11	14.9	10	9.3
Dolor muscular	9	12.2	17	15.7
Infección de vías urinarias	5	6.8	3	2.8
Debilidad	4	5.4	16	14.8
Caries molar	2	2.7	3	2.8
Dolor de cabeza	2	2.7	1	0.9
Hongos en los pies	1	1.4	2	1.9
Infecciones en los ojos	0	0	5	4.6
Heridas	0	0	5	4.6
Quemaduras	0	0	3	2.8
Ansiedad	0	0	1	0.9
Hipertensión	0	0	1	0.9
Planificación familiar	4	5.4	0	0
Control del embarazo	3	4.1	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en el reporte diario de consultas médicas, agosto-noviembre de 2010.

Los varones presentaron afectaciones médicas asociadas a la actividad productiva como infecciones en los ojos (5%), heridas (5%), quemaduras (3%) y hongos los pies (2%). Fue significativo el número de mujeres de la finca que se acercaron a los servicios médicos para recibir atención de la SSR: tratamiento de infecciones urinarias (7%), planificación familiar (5%) y control de embarazo (4%), (cuadro 14).

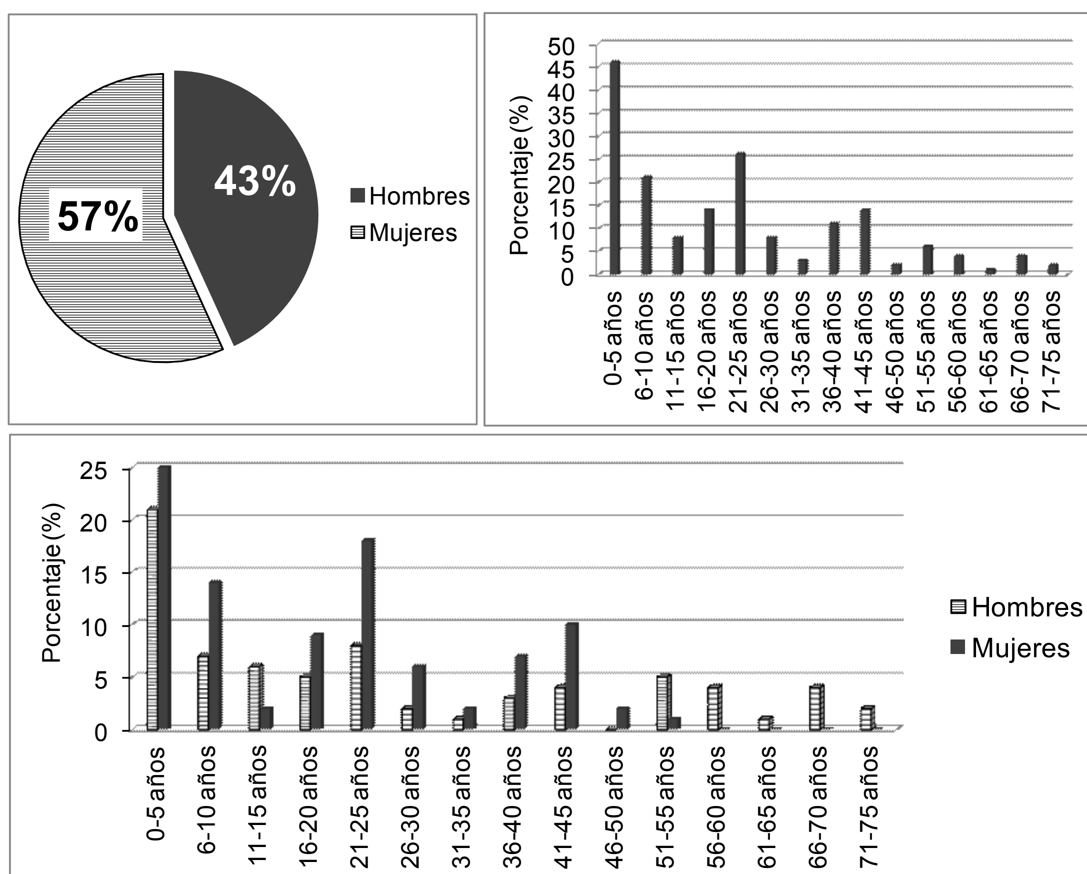
Los reportes médicos de ambas fincas, indican que los pacientes que acudieron a consulta obtuvieron medicamento de forma gratuita. Asimismo, es relevante precisar que la información proporcionada no permitió identificar el seguimiento que se le dio a cada caso.

Cobertura

Durante los meses de agosto a noviembre, el responsable médico de la Casa de Salud Génova (IMSS-Oportunidades) atendió un total de 170 consultas. El promedio semanal asciende a ocho intervenciones. Al considerar que la población (permanente y temporal) de la finca, es de alrededor de 250 TAM, podemos decir que 6 de cada 10 tuvo acceso a una consulta médica. El promedio de edad de las mujeres que acudieron a los servicios de salud es de 19 años y en los hombres 25.

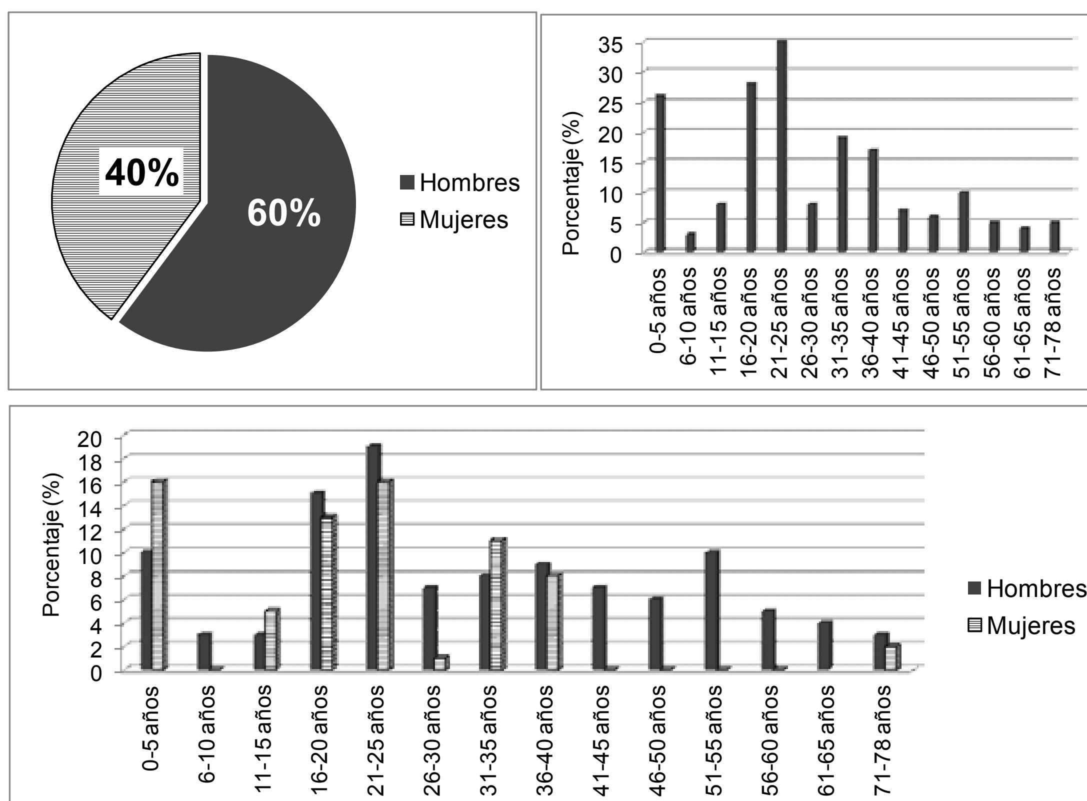
Del total de personas que recibió atención médica en el consultorio, el 57% eran mujeres y 43% hombres. El 39.4% de las intervenciones impactó en el grupo poblacional de 0 a 10 años, 24% se destinó a personas de 16 a 25 años y 15% a los TAM de entre 31 y 40 años. Estos datos muestran que la atención médica se concentra en la población infantil (niñas de 0 y 15 años), y en mujeres en edad reproductiva (16 a 45 años de edad). Por parte de los varones, el acercamiento a los servicios de salud que provee la finca, es más frecuente entre el grupo de 16 y 25 años de edad (Gráfica 2).

Gráfica 2. **Finca Génova: Consultas médicas por sexo y edad**



De acuerdo con los reportes diarios de atención médica, el consultorio de la Finca Guadalupe Zajú otorgó un total de 181 consultas, lo cual se traduce en un promedio de nueve semanales. Considerando que, en temporada de cosecha, la unidad productiva alberga aproximadamente a 250 TAM, se estima que 7 de cada 10 recibió atención médica (agosto-noviembre de 2010). El promedio de edad de los hombres que asistieron al consultorio de la finca fue de 31 años y para las mujeres 23.

Gráfica 3. **Finca Guadalupe Zajú: Consultas médicas por sexo y edad**



El 60% de la atención médica fue requerida por varones y el 40% por mujeres. El 35% de la atención se destinó a la población de entre 16 y 25 años de edad, 20% a personas de 31-40 años y el 14% a niños de entre 0 y 5 de edad. Estos datos muestran que la atención médica se concentró entre hombres y mujeres de 16 a 25 años, así como en el grupo de 31 a 40 años de edad (Gráfica 3).

4.3.5 Condiciones de acceso a los servicios de SSR en fincas

Epidemiología ocupacional y acceso a servicios de salud

Las entrevistas en profundidad revelan que la mayoría de los TAM no ha presentado problemas de salud graves durante su estancia en la finca. No obstante, la población identifica claramente que la atención que se da en los consultorios instalados en las unidades productivas es básica y que en caso de requerir hospitalización, el personal administrativo los deriva a la ciudad de Tapachula.

Consideran que la atención médica forma parte de los beneficios de su contratación, a la vez que corroboran que tanto la consulta como el suministro de medicamentos son gratuitos. Sin embargo, mencionaron que la cobertura de la atención médica se ve rebasada durante la temporada de cosecha, por lo que consideran necesaria la contratación de personal médico adicional para este periodo. Las dificultades de acceso geográfico y la poca presencia del personal médico, han hecho que algunos de los TAM se acerquen a los servicios gubernamentales de salud (en especial hacia las UMR del IMSS-Oportunidades), aunque no se identifica como una práctica recurrente.

La valoración de los servicios médicos de la finca en relación a los servicios públicos de salud de su país es positiva. Los TAM expresaron que a pesar de que los servicios médicos en Guatemala son gratuitos, la insuficiencia del abasto de medicamentos, así como la inexistencia de equipo clínico especializado, deriva en que deban asumir los costos por la compra de medicinas y la realización de determinados exámenes clínicos. Los informantes comentaron que el principal motivo para su acercamiento a los servicios gubernamentales de salud en Guatemala es la búsqueda de atención primaria a la salud para sus hijos, en especial, les interesa completar los esquemas de vacunación.

El 95% de los TAM que tuvieron algún problema de salud durante la última cosecha, buscaron ayuda para resolver su padecimiento. La mayoría de ellos se acercó a los servicios médicos instalados en las unidades productivas para resolver sus problemas de salud y no pagaron por la consulta médica ni por el medicamento prescrito (cuadro 15).

Aunque no fueron la mayoría, llama la atención que los hombres hayan acudido a los servicios médicos por problemas de hipertensión y ansiedad; durante el trabajo de campo, el personal médico y los propietarios consideraron como prioritaria la promoción de la salud ocupacional en este grupo móvil, debido al estrés emocional que representa dejar a la familias en sus comunidades de origen en un tiempo prolongado.

Cuadro 15. **Acceso a los servicios de salud**

Variable		Hombres		Mujeres		Total	
		n	%	n	%		
¿Ha tenido algún problema de salud en las dos semanas previas?							
	Si	26	29.2	14	26.4	40	28.2
Buscó ayuda para su problema							
	Sí	24	92.3	14	100	38	95.0
La última vez que acudió a servicios médicos, ¿dónde lo hizo?							
	México	23	88.5	14	100	37	92.5
	Guatemala	1	3.8	0	0	1	2.5
¿A qué institución acudió?							
	Consultorio de la finca	24	92.3	13	92.9	37	92.5
	Consultorio Casa del migrante	0	0	1	7.1	1	2.5
¿Usted pagó por la consulta?							
	No	23	88.5	14	100.0	37	92.5
¿Le recetaron medicamento?							
	Sí	22	84.6	14	100.0	36	90.0

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre 2010

Embarazo y anticoncepción

Las entrevistas en profundidad indican que la mayoría de las TAM acuden a la medicina tradicional para llevar el control de su embarazo, siendo las parteras quienes atienden los partos. Para las TAM los vínculos de confianza (y en algunos casos de parentesco) con las parteras resultan relevantes al momento de decidir cómo atender su(s) embarazo(s)-parto(s), asimismo, el bajo costo que deben asumir por la atención recibida (alrededor de 500 quetzales = 772 pesos mexicanos).

En el origen (Guatemala), las mujeres que presentaron complicaciones durante su embarazo y parto, fueron atendidas de manera gratuita en los servicios públicos de salud, asumiendo el costo por los exámenes clínicos y el medicamento requerido. Aunque son minoría, las mujeres que presentaron síntomas de alarma en su embarazo comentaron que tuvieron fiebre, dolor de cabeza y baja presión arterial.

Aunque son pocas las mujeres embarazadas captadas en las unidades productivas, se supo que aquellas que se encontraban en el tercer trimestre acudieron al COFAT, para diagnosticar posibles complicaciones. En caso de que los resultados de los exámenes clínicos no muestren complicaciones, las mujeres optan por acercarse a las parteras de la comunidad. Los administradores de las fincas comentaron que son excepcionales los casos que requieren atender su parto en los servicios privados que ofrecen los propietarios (sólo dos casos, en los últimos cuatro o cinco años).

La encuesta señala que las mujeres que practican la anticoncepción prefieren usar las inyecciones de hormonas, mismas que les facilitan en los centros de salud de su país de origen o en los consultorios

médicos de las fincas; comentaron que si las consiguen por cuenta propia el costo aproximado es de 30 quetzales (alrededor de $46 pesos mexicanos).

Aunque son pocos, existen casos en los que los hombres utilizan el condón como medio de planificación familiar; comentaron que tienen acceso gratuito a preservativos en los consultorios médicos de las fincas y en los centros de salud en Guatemala.

Información sobre VIH/SIDA/ITS

La percepción de los TAM en relación a las campañas de información sobre ITS y VIH/SIDA en su país de origen es positiva; para este grupo móvil el principal medio de difusión es la radio y, en algunos casos, la televisión y la prensa. Tan sólo el 6% de los encuestados comentó que ha asistido a pláticas o talleres en donde han recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual (cuadro 16).

Cuadro 16. **Acceso a información sobre VIH/SIDA/ITS**

Variable	**Hombres**		**Mujeres**		**Total**	
	%	n	%	n	%	
Ha asistido a pláticas o talleres						
Sí	5	5.6	4	7.5	9	6.3
No	84	94.4	49	92.4	133	93.7
¿A cuántas pláticas o talleres ha asistido?						
Media	1.8					
Desviación estándar	0.7					
Rango	1-3					

Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre 2010.

Durante su estancia en la finca los TAM tienen acceso a pláticas o talleres preventivos sobre ITS y VIH/SIDA; comentaron que el personal médico instalado en las unidades productivas, les ha dado información para el cuidado de la salud sexual pero que no se identifica una estrategia colectiva de difusión. Algunos de los informantes comentaron que en su paso por la Casa Roja del INM en Talismán, recibieron información sobre las vías de transmisión del VIH/SIDA así como sobre estrategias para prevenirla.

Un grupo reducido de mujeres se ha acercado a las pláticas comunitarias que se ofrecen en el marco de la implementación del Programa IMSS-Oportunidades (ya sea en localidades cercanas o en la propia finca); sin embargo, comentaron que los contenidos les parecieron aburridos y que no creen que la información responda a sus necesidades. Los varones obtienen información sobre estrategias de prevención de la infección a través de pláticas informales con otros hombres y no se acercan a los servicios gubernamentales de salud para profundizar sobre el tema; la mayoría tiene conocimiento del uso del condón pero no lo lleva a la práctica en su vida sexual por confianza en la fidelidad de su pareja.

El 14% de los hombres y 8% de las mujeres se han realizado la prueba de detección del VIH/SIDA. La mitad de los que se realizaron la prueba de detección del VIH/SIDA lo hicieron en México, con el apoyo del módulo de atención médica de la Casa Roja del INM, aunque también se aprecia un acercamiento a los servicios gubernamentales de salud en Guatemala. El 38% se realizó dicho diagnóstico hace un año, el resto lo hizo en un periodo de 2 a 5 años atrás. En todos los casos, los TAM recibieron los resultados de su examen y ninguno fue reactivo (cuadro 17).

Cuadro 17. **Diagnóstico oportuno de VIH/SIDA/ITS**

Variable	**Hombres**		**Mujeres**		**Total**	
n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Se ha realizado la prueba del VIH/SIDA:						
Si	12	13.5	4	7.5	16	11.3
No	77	86.5	48	90.6	125	88.0
¿Hace cuánto tiempo se realizó la prueba del VIH/SIDA?						
1 año	4	33.3	2	50.0	6	37.5
2-3 años	3	25.0	1	25.0	4	25.0
4-5 años	3	25.0	1	25.0	4	25.0
6 años	2	16.7	0	0.0	2	12.5
¿En dónde se realizó la prueba?						
México (Casa Roja del INM)	7	58.3	1	25.0	8	50.0
Guatemala	4	33.3	2	50.0	6	37.5
No responde	1	8.3	1	25.0	2	12.5
¿Le dieron los resultados de la prueba?						
Sí, eran negativos	12	100	4	100	16	100

*No estar en contacto con personas infectadas.
Fuente: Encuesta sobre Migración y SSR en la frontera México-Guatemala, 2do. Semestre 2010.

V. CONCLUSIONES

El estudio señala que los flujos laborales provenientes de zonas rurales de Guatemala (San Marcos y Huehuetenango) tienen como principal punto de destino las fincas cafetaleras localizadas en los municipios fronterizos de la región del Soconusco, Chiapas. El grupo de los TAM se conforma por hombres y mujeres jóvenes, que comparten una vida en pareja (casados o en unión libre) y en promedio han tenido de dos a tres hijos.

La llegada de este grupo móvil a territorio chiapaneco obedece a la búsqueda de empleo, no así a la intención de llegar a los Estados Unidos. Permanecen en el país entre dos o tres meses y una vez instalados en la unidad productiva tienen poca movilidad hacia otras fincas. Poseen un patrón de movilidad definido, regido por las dos principales etapas del ciclo productivo del café: cultivo y cosecha. Los espacios laborales albergan una población permanente dedicada al cultivo del café, en el periodo enero-agosto, y una población móvil que llega para el corte, entre septiembre y diciembre.

La jornada laboral es de siete u ocho horas; la mayoría de los TAM son contratados por cinco semanas (o 30 días), aunque existe la posibilidad de emplearse por horas como medio para obtener un salario más alto. El salario diario oscila entre los 60 y 65 pesos (equivale a "un jornal"), con derecho a dos raciones de alimento al día, vivienda, educ ación básica para sus hijos (o guardería) y servicio médicos.

La mayoría de los TAM llegan a las fincas acompañados de algún familiar; no obstante, existe una tendencia de aumento de las mujeres solas (solteras o separadas) que se desplazan con sus hijos/as más pequeños para incorporarse al trabajo en fincas. En el 2004, la población femenina representó el 18% del flujo de TAM que ingresaron a la frontera sur de México, cifra que ascendió a 24% en el 2005. Los registros de ingreso a las unidades productivas señalan que alrededor del 10% la mano de obra son mujeres, lo cual habla de una importante subestimación de la fuerza de trabajo femenina que se incorpora al trabajo agrícola.

En general, los TAM llegan a México con la intermediación de un contratista y son pocos los que se trasladan por cuenta propia. La ruta de acceso más recurrida desde Huehuetenango, Guatemala, es el punto fronterizo Cd. Cuauhtémoc-La Mesilla; y desde el Departamento de San Marcos es el cruce Talismán-El Carmen. Aunque, se tiene conocimiento de que un número importante de TAM llega a las fincas chiapanecas a través de cruces informales, que no tienen presencia de autoridades migratorias.

El 83% de los TAM ingresa a México mediante los pases locales obtenidos en los principales puentes fronterizos (Ciudad Hidalgo, Talismán y Unión Juárez) y sólo algunos lo hacen mediante la FMVA. La intervención en fincas permitió identificar que la mediación del "contratista" garantiza la acreditación de los TAM en su ingreso al país, ello debido a que los empleadores asumen el costo del traslado desde sus comunidades de origen y de la tramitación de la forma migratoria (entre $250 y $300 pesos). En contraparte, aquellos que se desplazan por cuenta propia no cuentan con ningún tipo de documentación migratoria. La información cuantitativa y cualitativa generada por el proyecto, muestra que el documento migratorio no tiene un impacto en las condiciones de acceso a los servicios públicos de salud.

En la actualidad se distinguen, por lo menos, dos modelos de atención médica instrumentados al interior de las fincas cafetaleras del Soconusco. La gran mayoría de las organizaciones productivas de café han optado por desarrollar una respuesta social en salud basada en un modelo privado de prestación de servicios básicos de atención. Bajo este esquema, el financiamiento implementado para la contratación de personal de salud, la manutención del consultorio y la compra de medicamentos, es asumido por los empleadores. Sólo algunos productores lograron mantener un débil vínculo con las instituciones de seguridad social (IMSS).

En ambos esquemas los empleadores derivan las urgencias médicas (asociadas al riesgo laboral) y la atención de segundo nivel, hacia el sistema de salud privado de la Ciudad de Tapachula. Los actores involucrados señalan que este modelo les ha permitido sortear los obstáculos de acceso a los servicios

públicos de salud, particularmente aquellos que se asocian a la sobrecarga de trabajo que enfrentan las unidades de la SSA.

La cobertura de la atención médica otorgada en fincas suele verse rebasada durante la temporada de cosecha. Ante esta limitante, algunos de los informantes expresaron que se acercan a los servicios gubernamentales de salud (en especial hacia las UMR del IMSS-Oportunidades), aunque no se identifica como una práctica recurrente. Además de las barreras de accesibilidad geográfica, el limitado acercamiento a los servicios gubernamentales por parte de los TAM se puede atribuir al hecho de que no existe un esquema de salud diferenciado para esta población; incluso en el sistema de salud dirigido a población abierta, se enfrentan a la limitada disponibilidad de insumos y personal médico.

El diagnóstico realizado en fincas permite argumentar que, con algunas restricciones, la respuesta social en salud del sector productivo del café ha permitido que los TAM tengan acceso servicios médicos básicos durante su estancia en México. Los alcances de los modelos de atención implementados en fincas se centran en la atención médica; sin embargo, los resultados del diagnóstico indican que es necesario fortalecer los servicios de promoción de la salud y de prevención de riesgos y necesidades de SSR.

El 28% de los encuestados tuvo algún problema de salud en las últimas dos semanas, de éstos 95% buscaron ayuda para resolver su padecimiento. La mayoría de ellos se acercó a los servicios médicos instalados en las unidades productivas para resolver sus problemas de salud y no pagaron por la consulta médica ni por el medicamento que se les recetó. Las enfermedades respiratorias y gastrointestinales fueron el principal motivo de consulta. El 10% de las consultas médicas brindadas a las mujeres TAM tuvo como motivo el cuidado de la SSR: control del embarazo (4%), infecciones en las vías urinarias (3%) y planificación familiar (2%).

En los espacios productivos no existe una estrategia de prevención de riesgos y atención a necesidades vinculadas con la SSR; las entrevistas en profundidad y el trabajo de campo realizado revelan que durante su estancia en las fincas cafetaleras los TAM no tienen acceso a pláticas o talleres preventivos sobre ITS y VIH/SIDA. La información para el cuidado de la salud sexual se otorga de manera individual en el acercamiento con el personal de salud, pero que no se identifica una estrategia colectiva de difusión. Este panorama de desinformación se replica en sus contextos de origen, pues a pesar de que los TAM tienen una percepción positiva sobre las campañas de difusión sobre ITS y VIH/SIDA instrumentadas en Guatemala, el grueso de los entrevistados tiene poca información sobre vías de transmisión y estrategias de prevención.

VI. RECOMENDACIONES

En el marco de la implementación del proyecto 2010, se definió como prioritario contribuir al establecimiento de un convenio de colaboración entre los servicios gubernamentales de salud (SSA) y el sector productivo del café de la región del Soconusco, Chiapas. El objetivo del acuerdo sería el establecimiento de un programa de salud en función de los riesgos y necesidades que enfrentan los TAM que confluyen en la región.

Para ello, se valora que la SSA habrá de garantizar el acceso de los TAM a un paquete básico de servicios de salud en el primer nivel de atención, en función de la epidemiología ocupacional y riesgos laborales que enfrenta este grupo móvil. Con base en los resultados del diagnóstico, se recomienda que los servicios ofertados pongan especial énfasis en la promoción de la SSR de las/los TAM, desde una perspectiva integral: anticoncepción, embarazo, VIH/ITS y atención de casos de violencia física y sexual. Paralelamente, se identifica como necesaria la promoción de acciones de saneamiento básico y protección de riesgos sanitarios en las fincas cafetaleras de la región.

El sector productivo del café de la región, debe garantizar la sostenibilidad de la atención médica a migrantes durante su estancia en fincas: recursos humanos y el cuadro básico de medicamentos para las enfermedades infectocontagiosas más frecuentes en la población. Asimismo definir mecanismos ágiles de referencia hacia los servicios médicos de segundo nivel de atención, en caso de urgencias médicas y/o para la atención del embarazo-parto.

En reconocimiento de las prácticas culturales y religiosas de este grupo móvil, se hace necesario desarrollar una estrategia de participación comunitaria con el objetivo de identificar y fortalecer las capacidades técnicas de los actores involucrados en el manejo de urgencia médicas y necesidades de SSR. Para ello, se recomienda realizar un acercamiento con las parteras y promotoras de salud comunitaria de la región, a fin de promover su vinculación con el personal médico de los servicios gubernamentales (certificación, capacitación y apoyo con insumos médicos).

Con el apoyo de la JS VII, en particular de la Coordinación del Programa de VIH/SIDA (PVIH), se define como prioritario dar continuidad a la impartición de pláticas de capacitación y sensibilización sobre la SSR dirigidas a la población de TAM una vez instalada en las fincas. Asimismo, contribuir al fortalecimiento de la capacidad local para el abordaje del vínculo migración y SSR mediante una estrategia de capacitación para la detección oportuna de VIH/SIDA e implementación de los lineamientos de atención para las personas que obtuvieron resultados reactivos de VIH, dirigida al personal médico que opera los consultorios de salud en fincas.

A fin de generar infraestructura estratégica para la toma de decisiones, se recomienda fortalecer el sistema de registro clínico-epidemiológico sobre la atención a migrantes. En este sentido, el equipo técnico del INSP y UNFPA-México asumirá la responsabilidad de diseñar instrumentos de recopilación de información que se traduzcan en una base de datos útil para la planeación en salud. Asimismo, generar mecanismos de colaboración que permitan vincular el sistema de atención en fincas alsistema desarrollado por el sector público.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA, contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. México: INSP, 2004.

Bustamante ME, Viesca Treviño C, Villaseñor F, Vargas-Flores A, Castañón RR, Martínez BX. La salud pública en México 1959-1982. México: SSA, 1982.

Cárdenas E. Servicios médicos del IMSS. Doctrina e historia. México: IMSS, 1973.

Consejo Nacional de Población. Encuesta sobre migración en la frontera Guatemala-México 2005 (EMIF-GUAMEX). México: CONAPO, 2007.

Dardón J. La franja fronteriza de Guatemala con México: características, sitios de cruce, flujos migratorios y gobernabilidad. Guatemala: FLACSO-Guatemala, 2003.

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación [sitio de internet]. México: SAGARPA; [actualizado 2011 ago 29; consultado 2011 nov 11]. Servicio de Información Agroalimentaria de Consulta, SIACON; [aprox. 14 pantallas]. Disponible en: http://www.siap.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=181&Itemid=426

Dávila E, Guijarro M. Evolución y reforma del sistema de salud en México. Serie financiamiento del desarrollo 91. Chile: CEPAL-ECLAC, 2000.

Fábregas A, Pohlenz J, Báez M, Macías G. La formación histórica de la frontera sur. Serie Cuadernos de la Casa Chata 124. México: CIESAS, 1985.

González A. Las manos que cortan café: jornaleros agrícolas guatemaltecos en el Soconusco. Revista Ecofronteras 2006;19:18-20.

Leyva R, Quintino F. Diseño, implementación y evaluación de un sistema de atención integral de VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes en la frontera México-Guatemala. Informe Técnico Final. México: INSP, 2007.

López-Echeverría ME, López-Gordillo DB. La complejidad de las organizaciones agrícolas cafetaleras en el Soconusco a través de la historia [ponencia]. México: IV Congreso Internacional de Análisis Organizacional "Perspectivas multidisciplinarias en análisis organizacional: Complejidad, ambigüedad y subjetividad", 12-14 noviembre de 2008.

Martínez-Sumuano MV. El Soconusco y la inmigración alemana. Ultimoreducto.com [sitio de internet]. México; [última actualización 1994; consultado 2011 nov 11]. Etnias/Soconusco; [1 pantalla]. Disponible en: http://ultimoreducto.com/etnias/soconuso.htm

Montoya G, Bello E, Parra M, Mariaca R eds. La frontera olvidada entre Chiapas y Quintana Roo. México: CONECULTA-ECOSUR, 2003.

Moya J, Uribe M. Migración y salud en México: una aproximación a las perspectivas de investigación; 1996-2006. México: OMS-México, 2006.

Peña-Piña J. Las políticas del Estado, cambio social y migración laboral. México: ECOSUR, 2005.

Renard M. Mercado mundial y economía regional. El café del Soconusco, México. International Journal of Sociology of Agriculture and Food 1992;2:74-87.

Roblero-Hernández VH. Continúan los trabajos de desazolve en Motozintla. Diario La Voz del Sureste [sitio de internet] 2010 sep 07 [consultado 2010 sep 07]. Disponible en: http://diariolavozdelsureste.com/lavoz/Soconusco/15394.html

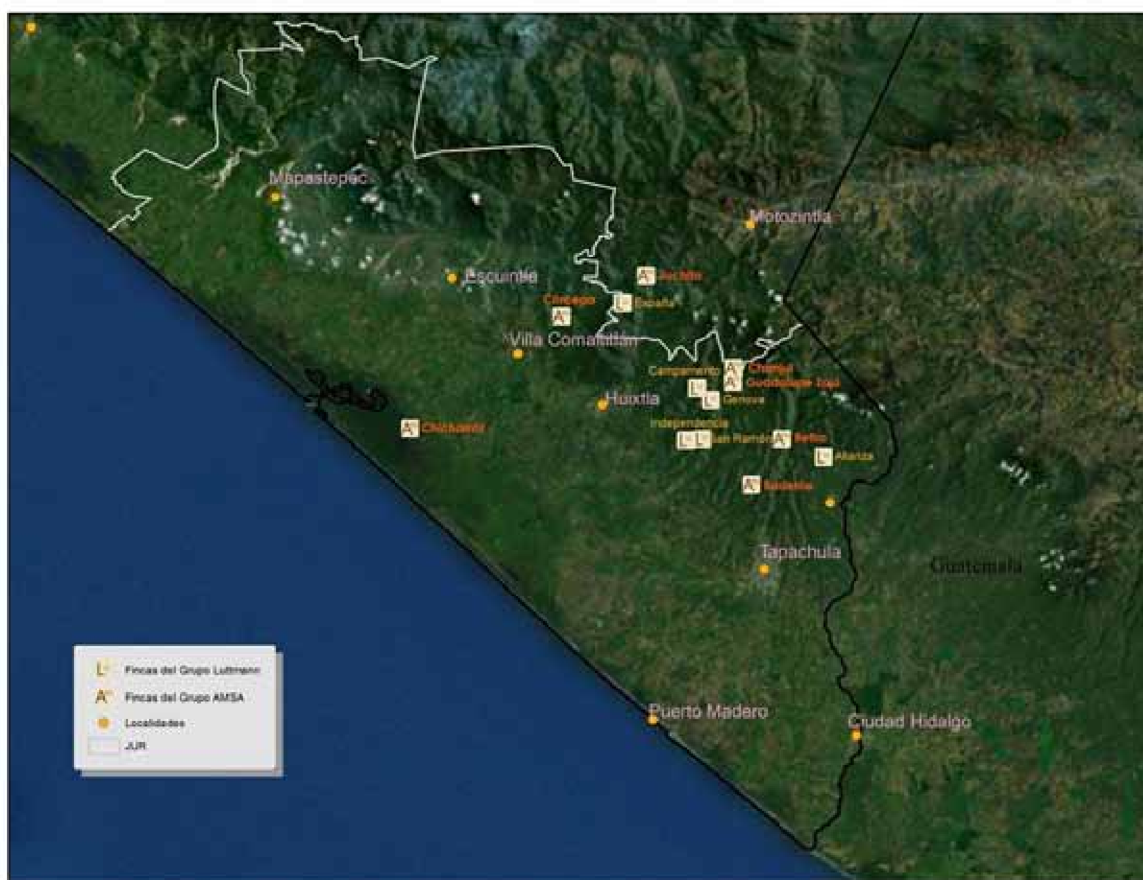
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Informativo sobre la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias. París: UNESCO, 2005.

Unión Agrícola Regional de Productores de Café Tacaná. Sistema de registro de atención clínico-epidemiológico, agosto-noviembre 2010. Tapachula, Chiapas: Unión Agrícola Regional de Productores de Café Tacaná, 2010.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1
RESULTADOS DEL MAPEO DE GEO-REFERENCIA DE SERVICIOS GUBERNAMENTALES DE SALUD

Mapa 1. **Área de estudio**



Mapa 2. **Geo-referencia de servicios de salud (IMSS y SSA), Finca Génova**

Mapa 3. **Geo-referencia de servicios de salud (IMSS y SSA), Finca Guadalupe Zajú**

IX. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACEID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AMSA	Agroindustrias Unidas de México S. A.
CAFECAL	Comercializadora e Industrializadora de Productos Chiapanecos S. A. de C.V.
COFAT	Orientación Familiar de Tapachula A. C.
CONAFE	Consejo Nacional de Fomento Educativo
DH	Derechos Humanos
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
FMTTF	Forma Migratoria de Trabajador Temporal Fronterizo
FMVA	Forma Migratoria de Visitante Agrícola
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INM	Instituto Nacional de Migración
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JS	Jurisdicción Sanitaria
ODH	Oficina de Derechos Humanos
ONU	Organización de Naciones Unidas
PRONIM	Programa de Educación Primaria para Niños y Niñas Migrantes
SEP	Secretaría de Educación Pública
SSA	Secretaría de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAM	Trabajadores agrícolas migrantes
UMR	Unidad Médico Rural
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

X. LISTA DE FIGURAS, GRÁFICAS Y CUADROS

Diagnóstico de salud sexual y reproductiva en trabajadores(as)
agrícolas migrantes en fincas de la región fronteriza del Soconusco

Se terminó la obra en noviembre del 2011
Publicación electrónica